



Guayaquil, 27 de septiembre de 2016

Doctor,
Guillermo Campuzano Castro
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba mis saludos, a la vez que certifico que la Md. Mariangel Valdez Tomalá, con C.I. 0916463490, ha presentado el Trabajo de Titulación, previo a la obtención del título de especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, con el tema **"CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013 – 2015"**, el mismo que se encuentra **APROBADO**.

Sin otro particular que hacer referencia me suscribo de usted.

Atentamente,

Dr. Wilson Benites Illescas
CIRUGÍA GENERAL
Libro VI Folio No. 1115
Cod. 032-0-0094-03
Hospital Regional I.E.S.S.

Dr. Wilson Benites Illescas
Revisor de Tesis
Universidad de Guayaquil



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
DIRECCION



Of.EG-113-ANTEP.

Julio 04 de 2016

Médico

Mariangel Valdez Tomalá

**RESIDENTE ESPECIALIDAD CIRUGIA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA
HOSPITAL DEL NIÑO FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE
Ciudad**

Por medio del presente oficio comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Unidad Curricular de Titulación vigente en esta Escuela su Anteproyecto de Investigación con el tema:

"CORRELACIÓN DE INJERTO AUTOLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FACIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS. HOSPITAL FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015".

Tutor: Dr. Ricardo Vargas Díaz

Ha sido revisado y aprobado por la Subdirección de Escuela de Graduados el día 28 de junio del 2016, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Proyecto final de titulación.

Revisor asignado: Dr. Wilson Benites Illescas

Atentamente,

**Dra. Mariela Chang Cruz
SUBDIRECTORA**

C. archivo

Revisado por/Aprobado	Dr. Ricardo Vargas Díaz
Elaborado	Nickla Guerrero V.



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día: Mes: Año:

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante

Fecha Inicio Programa:
Día: <input type="text" value="01"/> Mes: <input type="text" value="05"/> Año: <input type="text" value="2015"/>

Fecha Culminación Programa:
Día: <input type="text" value="30"/> Mes: <input type="text" value="04"/> Año: <input type="text" value="2016"/>

DATOS DEL POSGRADISTA			
NOMBRES:	Mariangel	APELLIDOS:	Valdez Tomalá
Cédula No:	0916463490	Dirección:	Sauces 5Mz 211 Villa 1
E-mail Institucional:		E-mail personal:	mariangel.valdezt@gmail.com
Teléfono convencional:	045009455	Teléfono móvil:	0995620648

TRABAJO DE TITULACIÓN
TÍTULO: "CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015"

MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:
1. TRABAJO DE INVESTIGACION (X) 2. EXAMEN COMPLEXIVO () 3. ARTICULO CIENTIFICO ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	Salud Humana, Animal y del Ambiente
SUBLÍNEA:	Metodologías diagnósticas y Terapéuticas, Biológicas, Bioquímicas y Moleculares.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	Genética / Cromosómico / Atención Integral en Salud
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL	
SUBLÍNEA	

PALABRAS CLAVE: Blefaroptosis, injerto autologo, ptosis palpebral

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:
Correlacional, Retrospectivo, Transversal.

TUTOR:	Dr. Ricardo Vargas Díaz
REVISOR METODOLÓGICO:	Dr. Wilson Benites Illescas
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	Dr. Ricardo Vargas Díaz

No. DE REGISTRO: No. CLASIFICACIÓN:

VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DIRECTOR / COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.		
F)	F)	F)

Oficio No. 664- CDeI-HNFIB-2016

Guayaquil, 29 de septiembre de 2016

Doctor
Guillermo Campuzano
DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente certifico haber revisado el Proyecto de Tesis de la MD. MARIANGEL VALDEZ TOMALÁ, titulado **CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015**, el mismo que ha sido aprobado.

Particular que informo para los fines pertinentes.

Atentamente,



Dra. Jenny De Mori Rodas, Msc
RESPONSABLE DE DOCENCIA



	NOMBRE	AREA	CARGO	FECHA	SUMILLA
ELABORADO	Miriam Piedra Chávez	Docencia	Asistente de Docencia	27-09-2016	



PLASTIC & RECONSTRUCTIVE CENTER
VARGAS

Dr. Ricardo Vargas D.
Cirujano Plástico
drricardovargasdiaz@gmail.com
Urdesa, Calle 5ta. #208 y Bálamos Telf.: 593 (04) 238 0011 Guayaquil - Ecuador

Guayaquil 22 de Septiembre del 2016

Doctor
Guillermo Campuzano Castro
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba mis saludos, a la vez comunico que aplicando el reglamento estipulado por la Universidad de Guayaquil, Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, adjunto a la presente, el trabajo de investigación **FINAL APROBADO**, previo a la obtención del título de especialista en Cirugía plástica, Reconstructiva y Estética de la MD. Mariangel Valdez Tomalá con CI. 0916463490 con el tema:

CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015

Me suscribo de Ud. No sin antes reiterar mis mas altos sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Ricardo Vargas Díaz
Coordinador del Postgrado de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética
Universidad de Guayaquil



Guayaquil 22 de Septiembre del 2016

Doctor
Guillermo Campuzano Castro
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba mis saludos, a la vez comunico que aplicando el reglamento estipulado por la Universidad de Guayaquil, Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, adjunto a la presente, el trabajo de investigación **FINAL APROBADO**, previo a la obtención del título de especialista en Cirugía plástica, Reconstructiva y Estética de la MD. Mariangel Valdez Tomalá con CI. 0916463490 con el tema:

CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015

Me suscribo de Ud. No sin antes reiterar mis mas altos sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Ricardo Vargas Díaz
Reconstructiva

Dr. Ricardo Vargas Díaz
Tutor del trabajo de investigación
Postgrado de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética
Universidad de Guayaquil

Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante"

Guayaquil, Mayo 2016

A QUIEN INTERESE

Certifico que la Md. MARIANGEL VALDEZ TOMALA, posgradista de la Universidad de Guayaquil, para el desarrollo del trabajo de investigación: "CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015, previo a la obtención del Título Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Realizó la recolección de información en el departamento de estadística, en la revisión de expedientes Clínicos.

El peticionario, puede dar al presente el uso que estime conveniente.

Atentamente,

Ministerio
de Salud Pública
HOSPITAL DEL NIÑO
DR. FCO. DE ICAZA BUSTAMANTE

Ing. Mirtha Lindao Rodriguez
GESTIÓN DE ADMISIONES Y ESTADÍSTICAS

Ing. Mirtha Lindao Rodríguez

Responsable Gestión de Admisiones-Estadística



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA
PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA.**

TEMA

**“CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y
FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE
BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15
AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE
2013-2015”**

AUTOR

MD. MARIANGEL VALDEZ TOMALÁ

TUTOR

DR. RICARDO VARGAS DIAZ

AÑO

2016

GUAYAQUIL - ECUADOR

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a mi Padre Celestial, mi amado Jesucristo y al precioso Espíritu Santo, por mostrarme las bondades de su amor, darme las fuerzas necesarias para continuar en las dificultades y por acompañarme en el día a día.

Gracias a mis padres Mercedes y Fernando, mis hermanos María Fernanda y Fernando por su apoyo incondicional.

Gracias mi Goyo, por ser uno de los ejes de mi vida, mi amigo, compañero de vida y mi amor.

Agradezco a Sebastián, por enseñarme amar en la adversidad, por demostrarme que se puede sonreír y ser feliz aún en el dolor y que es necesario luchar hasta el final. Te amo chiquitín (†)

A mis amigas Angélica y Nataly, cordón de 3 dobleces no se rompe pronto.

Agradezco al Dr. Ricardo Vargas, Dr. Roberto Bitar, Dr. Jorge Sigua, Dr. Miguel Tenorio por sus consejos y conocimientos impartidos, pero sobre todo por su amistad.

Todo tiene su tiempo,

y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora.

Eclesiastés 3:1

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi Señor Jesús, por marcar la diferencia, por su reino de justicia y verdad.

De manera especial a mi familia y mi novio, por ser el fruto de un esfuerzo mutuo.

A mis pacientes, colegas, personal del Hospital Francisco Icaza Bustamante y todo aquel que esté interesado en mejorar el día a día de los niños.

RESUMEN

La blefaroptosis congénita severa se produce por una anomalía en la función del músculo elevador del párpado que ocasiona el descenso del párpado superior ocluyendo parcialmente el globo ocular, produciendo alteraciones oftalmológicas y estéticas. Para su corrección en la mayoría de los casos se utiliza la técnica de suspensión del músculo frontal con injertos de fascias autólogas. El motivo de este estudio fue conocer el comportamiento del uso de fascia lata y temporal en la blefaroptosis congénita severa en el Hospital del Niño, qué tipo de procedimiento resulta más conveniente para corregir la apertura palpebral y mejorar la agudeza visual. La metodología utilizada fue de tipo correlacional, observacional, retrospectiva y transversal. Se recolectó la información de los pacientes que fueron sometidos a cirugía por blefaroptosis congénita severa, durante enero 2013 a diciembre 2015 y se procesaron en el programa estadístico SPSS. De la muestra obtenida (N=50) se obtuvo una edad media de 7 años, el sexo más afectado fue el masculino (70%), la técnica de fascia lata se ejecutó en el 72% de los casos, con buenos resultados funcionales (92%) y estéticos (95%). La fascia temporal presentó buenos resultados funcionales (86%) y estéticos (86%). La única complicación (4%, 1/50) que se presentó fue sangrado postquirúrgico. Podemos concluir que este estudio muestra similitudes en cuanto a las estadísticas globales descritas en la literatura médica y que las técnicas de fascia lata y fascia temporal dan buenos resultados estéticos y funcionales para el tratamiento de blefaroptosis congénita severa.

PALABRAS CLAVES:

Blefaroptosis congénita, fascia lata, fascia temporal.

ABSTRACT

Severe congenital blepharoptosis occurs by an abnormality in the function of the levator muscle that causes the descent of the upper eyelid partially occluding the eyeball, causing ophthalmic and aesthetic alterations. Mostly, for the correction is used the technique frontalis suspension with autologous fascias grafts. The purpose of this study was to determine the behavior of temporal fascia and lata fascia in congenital blepharoptosis at the Children's Hospital, the type of procedure more convenient to correct the eyelid opening and improve visual acuity. The methodology used was correlational, observational, retrospective and transversal. Patients's information who underwent surgery for severe congenital blepharoptosis, during January 2013 to December 2015 and the data were processed in the SPSS statistical program was collected. From the obtained sample (N = 50) an average age of 7 was obtained, the most affected patients were male (70%), the technique of fascia lata was implemented in 72% of cases, with good functional results (92%) and aesthetic (95%). The temporal fascia presented good functional (86%) and aesthetic (86%) results. The only complication (4%, 1/50) was postsurgical bleeding. We can conclude that this study shows similarities in the overall statistics described in the medical literature and techniques temporal fascia fascia lata and give good aesthetic and functional results for the treatment of severe congenital blepharoptosis.

KEYWORDS:

Blepharoptosis congenital, fascia lata, temporal fascia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Determinación del problema.....	3
1.2. Preguntas de investigación.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Viabilidad.....	4
1.5.1. Objetivo general	5
1.5.2. Objetivos específicos.....	5
CAPITULO II	7
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. FUNDAMENTACION TEÓRICA	7
2.1.1. Valoración funcional de la severidad de la ptosis	9
2.1.2. Valoración oftálmica funcional.....	11
2.1.3. Valoración estética	12
2.1.4. Planificación de la reconstrucción quirúrgica	13
2.2. INVESTIGACIONES PREVIAS.....	17
2.3. EVALUACIÓN CONCEPTUAL.....	19
CAPITULO III.....	22
3. MATERIALES Y MÉTODOS	22

3.1. MATERIALES	22
3.1.1. Lugar de la investigación	22
3.1.2. Periodo de investigación	22
3.1.3. Recursos utilizados.....	22
3.1.4. Universo y muestra.....	22
3.2. MÉTODOS.....	23
3.2.1. Tipo y diseño de investigación.....	23
3.2.2. Procedimiento de investigación	23
3.3. MARCO ÉTICO Y LEGAL.....	25
CAPITULO IV.....	29
4. RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
4.1. RESULTADOS	29
4.1.1. Análisis de resultados	30
4.1.2. DISCUSIÓN	38
4.2. CONCLUSIONES.....	40
4.3. RECOMENDACIONES	42
PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL	43
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1</i>	30
Distribución según el sexo y edad de los pacientes operados por blefaroptosis congénita severa con injerto autólogo en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015	
<i>Gráfico 2</i>	31
Distribución de las alteraciones oftalmológicas halladas en pacientes operados por blefaroptosis congénita severa con injerto autólogo en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015	
<i>Gráfico 3</i>	32
Resultados funcionales del uso de la fascia lata y fascia temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015	
<i>Gráfico 4</i>	33
Resultados estéticos del uso de la fascia lata y fascia temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015	
<i>Gráfico 5</i>	34
Complicaciones presentadas con el uso de la fascia lata y fascia temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015	

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabla de correlación de Spearman de los resultados funcionales de las técnicas quirúrgicas con fascia lata y temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015</i>	
<i>Tabla 2.....</i>	<i>36</i>
<i>Tabla de correlación de Spearman de los resultados estéticos de las técnicas quirúrgicas con fascia lata y temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa en el Hospital Francisco Icaza Bustamante 2013-2015</i>	
<i>Tabla 3.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabla Inferencial Chi cuadrado entre la variable grado de corrección quirúrgica con técnica de fascia lata y fascia temporal, y la variable resultados funcionales postquirúrgicos.</i>	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	50
<i>Clasificación de la ptosis palpebral según su etiopatogenia</i>	
Anexo 2	51
<i>Grado de ptosis palpebral</i>	
Anexo 3	52
<i>Clasificación de la blefaroptosis según la función del músculo elevador</i>	
Anexo 4	53
<i>Exploración de la función del músculo elevador del párpado superior</i>	
Anexo 5	54
<i>Técnicas quirúrgicas empleadas en el estudio</i>	
Anexo 6	56
<i>Escala de valoración funcional postquirúrgica de la blefaroptosis</i>	
Anexo 7	57
<i>Escala de valoración estética postquirúrgica de la blefaroptosis</i>	
Anexo 8	58
<i>Síndromes acompañantes a la ptosis palpebral</i>	
Anexo 9	59
<i>Diferentes diseños de suspensión de la fascia</i>	
Anexo 10	60
<i>Hoja de recolección de datos del trabajo investigativo</i>	
Anexo 11	62
<i>Tablas de los resultados</i>	
Anexo 12	64
<i>Certificados</i>	
Anexo 13	68
<i>Cronograma de elaboración del proyecto de investigación</i>	
Anexo 14	69
<i>Propuesta de evaluación de la ptosis palpebral</i>	
Anexo 15	71
<i>Hoja formato Ptosis palpebral</i>	
Anexo 16	73
<i>Flujograma de Valoración prequirúrgica para ptosis palpebral</i>	

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales trastornos del párpado superior que puede estar presente desde el nacimiento es la ptosis palpebral o blefaroptosis. Se denomina ptosis palpebral a la posición anormalmente baja del párpado superior. El margen normal del párpado superior, en su zona central y con la mirada en posición primaria, se sitúa de 1 a 1.5 milímetros por debajo del limbo esclero - corneal. Este descenso del párpado superior se traduce en un estrechamiento de la hendidura palpebral que, dependiendo del grado de afectación o severidad, en algunos casos produce alteraciones de la agudeza visual, oclusión del eje visual entre otras.

La blefaroptosis congénita es aquella que se presenta desde el nacimiento o puede desarrollarse dentro del primer año de vida, se debe a una anomalía en la función del músculo elevador del párpado, hay estudios que refieren que es ocasionado distrofia del músculo, el cual al presentar menos fibras estriadas hace imposible que cumpla su función de contraerse o relajarse de forma adecuada, con lo cual el párpado no ejerce su apertura y cierre en forma apropiada. Además de constituir un problema funcional, tiene su repercusión psicológica por el problema estético que también genera la blefaroptosis.

La edad ideal para la corrección quirúrgica adecuada aún está en discusión, ya que algunos autores refieren deben operarse al momento del diagnóstico, siendo en algunos estudios desde los 3 meses de edad, otros autores indican que la corrección quirúrgica es a los 4 o 5 años porque se realiza un mejor diagnóstico, toleran mejor el lagofthalmos posquirúrgico y siguen las indicaciones médicas asignadas; pero la mayoría concuerda que cuando existe ambliopía es indicativo la cirugía correctiva lo antes posible. La ptosis palpebral severa es la que con mayor frecuencia se presenta (cerca del 80%) y tiene mayor connotación e importancia por las secuelas funcionales que podría acarrear, pudiendo producir incluso ceguera parcial y por la mala posición adoptada para corregir la deficiencia visual llegar a tener problemas en el aparato locomotor. De aquí radica la importancia de su corrección oportuna.

Para recibir el tratamiento quirúrgico el paciente debe de gozar de pleno estado de salud y haberse realizado un buen diagnóstico para elegir la técnica quirúrgica apropiada que tiene como objetivo mejorar la apertura palpebral y suplir la deficiencia del músculo elevador del párpado superior. La cirugía ampliamente utilizada para blefaroptosis congénita severa con una función nula del elevador es la suspensión al músculo frontal, que crea una unión entre el músculo frontal y el tarso del párpado superior a través de una cinta que puede ser de origen

sintético o biológico. Cuando el origen del material es biológico puede utilizarse el de banco o el procedente del mismo paciente, es decir autólogo.

En la literatura internacional se describen estudios que avalan el uso de fascia autóloga en la suspensión frontal para la corrección de ptosis palpebral severa, con tasas de satisfacción de hasta el 77%. A nivel regional la literatura reportada abarca casos aislados. En nuestro país se realizó un estudio de ptosis palpebral congénita simple donde los autores concluyen que para tener unos buenos resultados postquirúrgicos el tratamiento de la ptosis palpebral no se debe estandarizar a un solo procedimiento para todos los pacientes y requiere una correcta evaluación prequirúrgica y diagnóstica diferencial por los especialistas que se encuentren involucrados.

El motivo de este estudio, fue conocer el comportamiento de la fascia autóloga temporal y fascia autóloga lata, para la corrección adecuada de la blefaroptosis congénita severa y describir la influencia de estas dos técnicas que son las más aplicadas en nuestra institución. La metodología de estudio a aplicar fue de forma descriptiva, observacional, retrospectiva y transversal, con una medición a los 6 meses postquirúrgicos, de pacientes menores de 15 años de edad, atendidos por la consulta externa y que fueron operados durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2015 en el Hospital del Niño Francisco Icaza Bustamante.

Los resultados de este estudio se procesaron mediante los programas de Excel y SPSS, se obtuvo una muestra de N=50 casos. La edad media fue de 7 años de edad, el sexo más afectado fue el masculino (70%, 35/50). El tiempo de estadía tuvo una media de 3 días. La técnica de fascia lata se ejecutó en el 72% (36/50) de los casos, con buenos resultados funcionales 33/36 (95% IC: 2.82 3.01, $P < 0.001$) y estéticos 34/32 (95% IC: 2.87 3.02, $P < 0.001$). La fascia temporal presentó buenos resultados funcionales 12/14 (95% IC: 2.65 3.07, $P < 0.001$) y estéticos 12/14 (95% IC: 2.45 3.12, $P < 0.001$). La única complicación (4%) que se presentó fue sangrado postquirúrgico (95% IC: 0.96 1.12, $P < 0.001$).

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los principales trastornos del párpado superior que puede estar presente desde el nacimiento es la ptosis palpebral o blefaroptosis congénita simple que se produce por una anomalía en la función del músculo elevador del párpado, debido a la cual el párpado no ejerce su apertura y cierre en forma apropiada. Está asociada con el desarrollo de alteraciones de la agudeza visual, de la refracción y motilidad ocular. La afectación puede ser unilateral o bilateral. Si el defecto es bilateral puede producir problemas del aparato locomotor, para compensar el déficit visual el paciente tiende a elevar el mentón y dirige su mirada hacia abajo desencadenando una postura anormal de la cabeza y cuello, así como el desenvolvimiento inadecuado de la columna cervical, produciendo Torticolis ocular infantil.

Estas secuelas de la ptosis proporcionan una razón de peso para perseguir la corrección quirúrgica precoz, particularmente, para prevenir la pérdida visual relacionada con ambliopía, además del impacto físico, psicológico, estético y social, de la deformidad y de los gestos de giro de la cabeza para la compensación visual, siendo objeto de burla por otros niños. La corrección quirúrgica de ptosis palpebral severa es un reto y su recurrencia requiere procedimientos quirúrgicos adicionales. La técnica de suspensión del músculo frontal con injerto autólogo ha demostrado ser una técnica viable, de bajo costo y reproducible.

En el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante se realiza el tratamiento quirúrgico utilizando fascia lata y fascia temporal. Al momento se desconoce el comportamiento del uso de fascia temporal en nuestros niños, y la influencia que tiene cada técnica quirúrgica en el restablecimiento de la función del músculo elevador de párpado superior, la agudeza visual, apertura ocular adecuada, simetría en la formación del pliegue palpebral en relación al lado contralateral y el resultado de la cicatriz resultante en el área donadora ya sea en el muslo (fascia lata) o en piel cabelluda (fascia temporal).

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Se plantearon las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la distribución según el sexo y la edad de los pacientes con ptosis palpebral severa?
2. ¿Cuáles son los resultados funcionales con el uso de fascia lata y temporal?
3. ¿Cuáles son los resultados estéticos con el uso de fascia la y temporal?
4. ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan con estas técnicas?
5. ¿Qué correlación existe entre ambas técnicas aplicadas a niños con blefaroptosis congénita severa?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Por lo expuesto anteriormente es conveniente realizar este trabajo de investigación para conocer el comportamiento de la fascia lata y fascia temporal en el Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, ya que esta patología produce secuelas funcionales y estéticas importantes en los infantes, que involucran su desarrollo social, psicológico y educativo. Este estudio permitirá determinar indicadores para contribuir datos puntuales en la evaluación del plan de manejo quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa y ser punto de partida para futuras investigaciones. Además, se determinará, según los resultados, la técnica quirúrgica que se adapte mejor a los niños y con el mínimo de complicaciones.

1.4. VIABILIDAD

Para este estudio, disponemos de amplia fundamentación teórica respecto a blefaroptosis, trabajos de investigación en los cuales se puede verificar, corregir y aplicar el conocimiento sobre el uso de injerto autólogo para la corrección de ptosis palpebral severa, además de asesoría nacional e internacional para el desarrollo del tema. Se cuenta con la autorización de la Dirección del Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, así como las aprobaciones de los departamentos de Docencia, área de Estadística y servicio de Cirugía Plástica. Los recursos materiales para la ejecución son: hoja de registro de datos, esferográficos, laptop, cámara fotográfica. Recursos humanos: investigadora, cirujano tutor. Recursos financieros: serán financiados por el autor.

1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar los resultados postquirúrgicos, funcionales y estéticos, de ptosis palpebral congénita severa con técnica de suspensión frontal mediante injerto autólogo de fascia temporal e injerto autólogo de fascia lata en niños menores de 15 años en el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la distribución de acuerdo al sexo y edad de los pacientes con blefaroptosis congénita severa.
2. Establecer los resultados funcionales con el uso de fascia lata y fascia temporal.
3. Determinar los resultados estéticos con el uso de fascia lata y fascia temporal.
4. Reconocer las complicaciones de cada técnica quirúrgica en este centro hospitalario.
5. Correlacionar los resultados de ambas técnicas quirúrgicas.

1.6. HIPÓTESIS

La aplicación de injerto autólogo es un método eficaz para la corrección de blefaroptosis congénita obteniendo buenos resultados funcionales.

1.7. VARIABLES

Independientes:

Blefaroptosis congénita severa:

- a) Lateralidad de la ptosis
- b) Función del músculo elevador
- c) Malformaciones asociadas
- d) Alteraciones oftalmológicas producto de la ptosis palpebral

Dependientes:

- Injerto Fascia Lata:
 - a) Tiempo de hospitalización
 - b) Grado de corrección de la ptosis
 - c) Complicaciones postquirúrgicas

- d) Resultado estético
 - e) Resultado funcional
- Injerto Fascia Temporal:
 - a) Tiempo de hospitalización
 - b) Grado de corrección de la ptosis
 - c) Complicaciones postquirúrgicas
 - d) Resultado estético
 - e) Resultado funcional

Interviniente:

- Edad
- Sexo

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

Una de las patologías oculares que se presenta con mayor frecuencia en la edad pediátrica es la blefaroptosis congénita. La ptosis se interpreta como la caída involuntaria de los párpados superiores en estado de vigilia y puede aparecer en forma unilateral o bilateral. Requiere de un manejo multidisciplinario y su corrección representa uno de los grandes desafíos para el cirujano reconstructivo, teniendo que enfrentar en muchas ocasiones la dificultad de lograr una buena valoración, como la falta de colaboración del niño en seguir órdenes, la ansiedad de los padres y el compromiso de elegir la técnica quirúrgica que sea más conveniente para el paciente.

2.1. FUNDAMENTACION TEÓRICA

El desarrollo embriológico de la cara empieza a la cuarta semana, a partir de cinco primordios (la prominencia frontonasal, dos procesos maxilares y dos mandibulares) que aparecen alrededor del estomodeo embrionario. Del proceso frontonasal se formarán los elementos del tercio medio y tercio central de la cara. La etapa de formación de los pliegues palpebrales ocurre a partir de la 6ta semana, por medio de la proliferación celular activa de los repliegues ectodérmicos superficiales dará origen a la piel, la conjuntiva, las pestañas y glándulas anexas; incluye también células mesodérmicas (cresta neural), que desarrollaran las placas tarsales, tejido conectivo y los músculos. Cuando el embrión mide 60 mm el músculo elevador y el recto superior se separan para en el cuarto mes estar bien definidos, cuando hay una alteración en el desarrollo de estos músculos se produce la blefaroptosis congénita.

La etapa de fusión palpebral transitoria sucede desde la octava semana a los cinco meses, cubriendo la córnea y aislando el globo ocular del líquido amniótico. La etapa de separación palpebral acontece de los cinco a siete meses, se produce queratinización de los márgenes palpebrales y desarrollo de los músculos. La etapa de desarrollo de las estructuras especializadas de los párpados ocurre desde la octava semana hasta los siete meses. Y finalmente la etapa de maduración ocurre desde los siete meses hasta ser recién nacido.

La blefaroptosis no es más que el descenso del párpado superior por debajo del limbo esclerocorneal. Puede ser de tipo congénito cuando está presente desde el nacimiento o

desarrollarse hasta el año de vida y de tipo adquirido cuando se presenta en el transcurso de su desarrollo y crecimiento, pudiendo afectar a uno o ambos párpados superiores. No contamos con datos oficiales sobre su incidencia en nuestro país, pero en Estados Unidos se estableció una incidencia de ocho por cada cien mil niños menores de diecinueve años.

La causa más frecuente de ptosis en la infancia es la miogénica congénita simple, expuesta en la clasificación de Mateos (Anexo 1), se produce por disgenesia del músculo elevador del párpado superior (MEPS). Se presenta en el 75% de los casos. Su etiología aún no está bien dilucidada, pero se relaciona con alteraciones a nivel de los genes PTOS1, ZFH4, con carácter hereditario autosómico dominante (Soohee, Davies, Allard, & Durairaj, 2014). Traduciéndose en el desarrollo anómalo del músculo elevador del párpado superior que resulta funcionalmente insuficiente al momento de contraerse impidiendo la elevación del párpado y para suplir esta deficiencia intervienen el músculo de Müller y el músculo frontal, que agravarían el grado de la ptosis de encontrarse afectados también.

El MEPS es el músculo que en la órbita eleva el párpado superior 10-12 mm, se encuentra inervado por el tercer par craneal. Llega a insertarse en el tarso como una aponeurosis tendinosa y en la dermis del párpado superior. El músculo de Müller es un músculo liso accesorio, inervado por el sistema nervioso simpático, se inserta en el tarso y eleva el párpado superior de 2-3mm adicionales. El músculo frontal, eleva la frente junto con el párpado superior, este músculo se inserta en la piel de las cejas y se une a la galea aponeurótica debajo de la sutura coronal, se encuentra inervado por el séptimo par craneal.

La historia clínica y el examen físico son herramientas fundamentales para identificar ciertas características que ayudan a determinar la causa de la ptosis en la mayoría de los pacientes (Lee, 2014). La fibrosis y la infiltración grasa del músculo impiden una correcta contracción para elevar el párpado. Mientras menos desarrollado esté el músculo, más grave es la ptosis y a menor cantidad de fibras musculares estriadas hay mayor alteración de la función elevadora del párpado. En ciertas ocasiones la distrofia además de afectar al MEPS afecta al músculo recto superior, encontrando ptosis asociada a debilidad del recto superior, este se debe a que comparten el mismo origen embriológico. En estos pacientes habrá un fenómeno de Bell deficiente. La blefaroptosis congénita también puede presentarse acompañando a diferentes síndromes congénitos que se expondrán en el Anexo 8.

Dependiendo del grado de la ptosis y de la función del músculo elevador del párpado superior se elige la técnica quirúrgica apropiada. el grado de la ptosis puede ir desde leve hasta severa y la función del músculo elevador se puede valorar desde nula, en cuyo caso no tiene función, hasta muy buena donde generalmente no encontramos ptosis, esta clasificación es la propuesta por Mateos. Para su corrección se puede elegir entre las técnicas de Müllerectomía o Fasanella Servat, Acortamiento o Plicatura del músculo elevador y la Suspensión al músculo frontal.

Los niños con afectación severa tienen riesgo de desarrollar ambliopía si el borde marginal del párpado superior ocluye el eje visual, estando el paciente en posición primaria, además de producir alteraciones a nivel de la columna cervical debido al esfuerzo por ampliar su campo visual elevan el mentón, produciendo torticolis ocular infantil. Para estos pacientes está recomendada la corrección quirúrgica mediante suspensión frontal al momento del diagnóstico. La edad para realizar el tratamiento adecuado si hay afectación visual (riesgo de ambliopía) debe realizarse al momento del diagnóstico, si no existe este riesgo la cirugía puede diferirse a los 4 o 5 años de edad, debido a que existe mayor colaboración por los niños y son capaces de seguir órdenes, lo que permite obtener más información sobre el grado de la ptosis y función del músculo elevador. Otros autores refieren la cirugía debe de realizarse a partir de los 3 años.

2.1.1. VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA SEVERIDAD DE LA PTOSIS

Para iniciar la valoración de la ptosis se debe de disponer de un lugar adecuado y sobre todo la colaboración del paciente y sus padres. Se inicia con la observación de la postura de la cabeza y la posición de las cejas. Un paciente que presenta elevación del mentón intenta, fallidamente, mirar a través de la hendidura palpebral que se encuentra disminuida y las cejas se encuentran levantadas en un esfuerzo por elevar el párpado superior. La examinación inicia con la cabeza erguida, la mirada en posición primaria y con las cejas relajadas. La examinación, se realiza mediante la valoración estática y dinámica del párpado superior para establecer el grado de severidad de la ptosis y la función del músculo elevador del párpado superior.

2.1.1.1. Evaluación del Grado de Ptosis

Para determinar el grado de ptosis se realiza la medición desde el borde palpebral superior hasta borde superior del limbo esclerocorneal. En condiciones normales debe haber una distancia menor de 2 milímetros. El grado leve debe presentar una distancia de 2 milímetros,

el grado moderado entre 3 y 4 milímetros y el grado severo presenta una distancia mayor a 4 milímetros (Iljin, Zieliński, Lewandowicz, Antoszewski, & Zieliński, 2016) (Anexo 2).

2.1.1.2. Evaluación de la función del músculo elevador del párpado superior

Se valora su funcionalidad mediante la excursión que realiza el borde palpebral desde la mirada extrema hacia abajo hasta la mirada extrema hacia arriba, fijando la ceja manualmente, realizando una compresión suave sobre misma, para evitar el uso del músculo frontal, la distancia ideal es entre 10-12 mm considerándose una muy buena función del músculo, si la medida se sitúa entre 7 – 9 mm la función es buena, si está entre 4 y 6 mm la función es mala y se considera la función nula cuando sea menos de 4mm. El resultado de la medida está relacionado con dos factores: la capacidad contráctil y la capacidad de estiramiento muscular (Anexo 3).

2.1.1.3. Parámetros de valoración funcional postquirúrgica

Para medir los resultados postquirúrgicos funcionales utilizamos la escala de valoración propuesta por Ozlem en el año 2013 publicado en Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, donde valora 3 parámetros: el tamaño de la hendidura palpebral al cierre de los ojos sin forzar, el campo visual despejado y si el párpado operado ocluye o no el eje pupilar. Según el resultado lo categorizan en bueno, moderado y pobre.

Un resultado funcional Bueno es cuando el párpado operado descansa entre la pupila y limbo corneo-escleral, el campo visual libre y la hendidura palpebral es menor a 1mm al cierre natural de los párpados; en el resultado funcional Moderado el párpado operado descansa entre la pupila y limbo corneo-escleral, el campo visual se encuentra libre y la hendidura palpebral es mayor a 1mm al cierre natural de los párpados; y en el resultado funcional Pobre el párpado operado ocluye el eje pupilar, hay oclusión del campo visual y la hendidura palpebral es mayor a 1mm al cierre natural de los párpados (Anexo 6).

2.1.1.4. Diagnóstico diferencial con otras patologías

Ptosis miogénica congénita asociada a debilidad de recto superior. Existe una distrofia que afecta al MEPS y al recto superior ya que sus músculos comparten origen embriológico. En estos pacientes habrá un fenómeno de Bell deficiente.

Síndrome de Horner, la causa de esta ptosis es neurogénica y se da por la disminución de la actividad del músculo de Müller, la función del MEPS permanece intacta. Cuando la afección al 3er par craneal involucre la pupila, esta podría aparecer más grande que la del lado

contralateral con reacción pobre al reflejo luminoso y al de acomodación. En contraste la pupila del mismo lado de la ptosis se encuentra miótica con normal reactividad. Lo que lo hace diferenciar de la ptosis congénita es la anisocoria que presenta.

Ptosis miogénica adquirida en Miastenia Gravis. Es un trastorno autoinmune que provoca depleción de receptores de acetilcolina muscarínicos, a nivel de la placa motora, generalmente la ptosis es el primer signo de la enfermedad. Los movimientos oculares pueden estar normales o no en algunos casos. La evidencia de la fatiga del músculo elevador nos da el diagnóstico. Si la ptosis varía a través de la examinación, entonces la evidencia de fatigabilidad del músculo está presente. Para diferenciarlo realizamos el Test del esfuerzo donde se induce la contracción prolongada del MEPS o con la apertura y cierre de los párpados, observaremos la claudicación del párpado superior a causa de una fatiga muscular. También se puede realizar el Test del hielo en la que se aplica hielo (con las precauciones correspondientes) sobre el párpado ptosico durante 2 minutos, se produce una mejoría transitoria de la ptosis.

Ptosis aponeurótica congénita. En esta patología la función del MEPS es mejor y no hay retraso del párpado superior en la mirada hacia abajo, posee el pliegue palpebral marcado y más alto que el lado sano. El defecto se confirma durante la cirugía correctiva.

Ptosis mecánica. Se producen por aumento de peso o volumen a nivel palpebral por edemas e inflamaciones, tumores palpebrales, luxación de glándula lagrimal, cicatrices conjuntivales, neurofibroma y hemangioma capilar.

Ptosis Traumáticas. Debido a contusiones orbito-palpebrales, laceraciones y avulsión palpebral, fracturas orbitarias y cuerpos extraños, y ptosis postquirúrgicas, producen ptosis.

2.1.2. VALORACIÓN OFTÁLMICA FUNCIONAL

En la ptosis congénita una de las principales preocupaciones es que constituye una causa potencial de producir alteraciones en el desarrollo visual infantil. Todo niño que presente esta patología debe realizarse un estudio oftalmológico para tomar las medidas correctivas adecuadas. La blefaroptosis puede llegar a provocar alteración de la agudeza visual, y estar asociado a trastornos de la refracción, motilidad ocular, anisometropías importantes, las cuales deben ser corregidas lo más pronto posible.

Los hallazgos oftalmológicos con mayor frecuencia encontrados incluyen ambliopía y estrabismo en un 30%. La incidencia de ambliopía en un estudio realizado por Skaat, y otros, en el año 2013, reporta una tasa de 22.2%. Aproximadamente el 5% de los pacientes no puede elevar el ojo involucrado, presumiblemente porque el recto superior y el MEPS tienen el mismo origen embriológico. Debe valorarse la posibilidad de ciertas características que podrían hacernos equivocar y resultar en una pseudoptosis, por ejemplo, un endoftalmos, globo ocular hipotrófico que podrían aparentar un párpado ptosico. La motilidad extraocular y la alineación ocular también debe valorarse. Las lesiones del 3er par craneal frecuentemente incluyen alguna anomalía en el movimiento del ojo.

2.1.3. VALORACIÓN ESTÉTICA

Una altura del borde palpebral adecuada y la formación del pliegue palpebral son factores importantes para mantener una armonía en el rostro, favoreciendo la belleza facial, especialmente en las mujeres. Se debe realizar una valoración en relación a la formación del nuevo pliegue palpebral y su simetría con el contralateral, y la fisura palpebral. El pliegue palpebral superior en la edad pediátrica se aprecia a partir de los 3-4 mm por encima del borde libre, separando la porción tarsal de la porción orbitaria. El párpado superior normalmente cubre 1mm de la córnea y el párpado inferior típicamente descansa en la unión de la córnea y la esclera. La simetría del pliegue está dada por la comparación de ambos pliegues cutáneos que deben guardar similitud durante la inspección.

Para medir los resultados postquirúrgicos estéticos utilizamos la escala de valoración propuesta por Ozlem (2013) publicado en Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, donde valora: asimetría del párpado superior comparado con el contralateral y formación del nuevo pliegue palpebral. Lo categoriza de la siguiente manera, para el resultado estético Bueno debe haber simetría del párpado superior en relación al contralateral y el pliegue palpebral debe tener un contorno regular; en el resultado Moderado hay asimetría del párpado superior en relación al contralateral y pliegue palpebral de contorno regular; en el resultado Pobre hay asimetría del párpado superior en relación al contralateral y el pliegue palpebral de contorno irregular (Anexo 7).

2.1.4. PLANIFICACIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA

Las intervenciones quirúrgicas para la corrección de ptosis palpebral, son procedimientos electivos y el niño debe estar en buen estado general de salud, libre de cualquier infección para realizarla y contar con las valoraciones prequirúrgicas correspondientes. La corrección quirúrgica de la blefaroptosis tiene como objetivo mejorar la apertura palpebral, corregir la deficiencia del músculo elevador del párpado superior al fijarlo al músculo frontal.

2.1.4.1. Materiales utilizados para la corrección de blefaroptosis

La técnica de suspensión frontal es usualmente el procedimiento de elección en niños con ptosis palpebral severa congénita y una función del músculo elevador del párpado superior pobre o nula. Crea una unión entre el músculo frontal y el tarso del párpado superior, permitiendo la elevación dinámica del párpado superior y colocar el borde libre del párpado en una mejor posición durante la mirada primaria, mediante la fijación de tiras de fascia anclados al músculo frontal a una determinada tensión (Ozlem Gundeslioglu, Nebil Selimoglu, & Bekerecioglu, 2013).

La exploración en el uso de diferentes materiales biológicos y no biológicos para la corrección de esta patología ha sido amplia. La disponibilidad de materiales aloplásticos para la suspensión incluye catgut crómico, colágeno, monofilamento de nylon, seda, acero inoxidable, polyester, polytetrafluoroethylene, polipropileno, polyamida y silicona. Dentro de los materiales biológicos, encontramos la fascia lata autógena y de banco, tendón del palmar largo, tendón plantar, fascia temporal superficial y profunda de origen autógena (Sari, 2016).

La fascia temporo-parietal (TP) es la continuación del sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) por encima del hueso malar. Por arriba, se convierte en la galea aponeurótica a nivel de la línea temporal. Superficial a la fascia TP está el tejido subcutáneo, que varía de espesor. Además, encima de la línea temporal, existen conexiones fibrosas densas entre la dermis y la fascia TP. Por debajo de la fascia TP se encuentra un plano de tejido laxo que la separa del tejido firme, la fascia muscular de temporal. Este plano de tejido areolar es avascular y permite la movilidad del cuero cabelludo a través de las capas más profundas.

La fascia temporal se une superiormente a lo largo de la línea temporal superior y cubre el músculo temporal. Aproximadamente 2 cm por encima del arco cigomático, la fascia del músculo temporal se divide en la capa superficial de la fascia temporal y la capa profunda de la fascia temporal, entre las que se encuentra la capa de grasa temporal. Inferior, la capa profunda

de la fascia temporal se mezcla con el periostio del arco cigomático y se extiende inferiormente como la fascia que recubre el músculo masetero. La fascia temporal se fusiona con el pericráneo encima de la línea temporal.

La arteria temporal superficial y rama frontal del nervio facial son dos elementos anatómicos importantes que deben ser protegidos. La arteria temporal superficial tiene 2 ramas principales: anterior y posterior que descansan en la fascia temporal superficial y se anastomosa el sistema vascular anterior y posterior de la cabeza. El nervio frontal cruza el arco cigomático superficialmente y descansa entre la región lateral de la ceja y el arco cigomático profundo en la fascia temporoparietal. Este nervio inerva los músculos: frontal, orbicular y corrugador. Se debe ser muy cuidadoso durante la disección y respetar estos elementos anatómicos.

Las ventajas de usar la fascia temporal es la baja morbilidad del sitio donador, la cicatriz se esconde entre la línea del cabello y utiliza la misma región para ambas áreas donadora y receptora (Bladen, Moosajee, Tumuluri, & Olver, 2012). Inicialmente se utilizó la fascia temporal profunda para suspensión frontal pero actualmente hay estudios que demuestran el uso de fascia temporal superficial. El uso de fascia temporal evita la formación de hematoma, debido a que no hay exposición del músculo temporal, es más flexible y fácil de manipular. Las desventajas del uso de fascia temporal son el tiempo quirúrgico prolongado, dificultad en obtener tirillas largas para poder anclar al músculo frontal y que la fascia temporal es más delicada que la fascia lata (Cohen & Weinberg, 2011).

Otro de los materiales de tipo biológico para realizar la corrección de blefaroptosis severa es el uso de fascia lata, y es considerado el Gold Standart en la suspensión frontal. El Músculo tensor de la fascia lata (TFL) se origina en la vertiente anterolateral de la cresta ilíaca, espina ilíaca anterosuperior, se continúa a través del tracto Iliotibial y se inserta en la tuberosidad lateral de la tibia. Se recomienda su uso en niños mayores de 4 años, a esta edad se encuentra desarrollado, si no lo está se traduce en cantidad insuficiente para lograr la corrección adecuada (Salib Roshdy & Elsamkary, 2016).

2.1.4.2. Técnicas de suspensión al músculo frontal

La variedad de técnicas es amplia, varios autores han modificado técnicas ya puntualizadas. Se describen formas cuadradas, pentágonos, con una sola suspensión, con suspensión doble o triple. En 1956, Crawford popularizó el uso de fascia lata para blefaroptosis severa. En este método la fascia es transplantada en una configuración de doble triangulo. Dresner sugiere que

el método monotriangular es mejor para las cejas puntiagudas y el pentágono o romboide es preferida para difuminar cejas elevadas, se muestran algunas modificaciones en el Anexo 9.

Descripción de la técnica quirúrgica utilizando el Injerto autólogo de Fascia Lata

Para extraer la fascia lata se realiza una pequeña incisión de 3cm en la parte lateral de la pierna, si se requiere de una parte más extensa se realizan dos incisiones, una proximal y otra distal a nivel de la piel, se disecciona el tejido celular subcutáneo y expone la aponeurosis de la fascia lata, se realiza 2 incisiones en la fascia lata que deben ser paralelas y del ancho requerido, se levanta como colgajo hasta obtener el largo adecuado (+/-12cm), posteriormente se controla hemostasia, repara la fascia y se rafia la piel, no se coloca drenaje. Se extrae una tira de 12cm de largo por 1cm de ancho (si es unilateral) o de 2cm (si es bilateral) y se reserva en solución salina para luego anclar el tarso al músculo frontal (Anexo 5).

En el área receptora se realizan 3 incisiones (medial, media y lateral) de 0.4cm en el borde superior de la ceja del lado afecto, y 2 incisiones de igual tamaño (medial y lateral) a nivel de la región del tarso a 0.5cm del borde libre palpebral y se realizan tunelizaciones para pasar la fascia (en forma de pentágono) y ambos extremos de la fascia convergen en la incisión media, donde se realiza el anudamiento y fijación con sutura. Las heridas quirúrgicas son rafiadas. Se coloca ungüento oftálmico y se procede a ocluir el párpado por 24h, hasta realizar la revisión postquirúrgica. Otros autores realizan una incisión en la piel de 5 a 10 cm por encima del cóndilo femoral lateral y extraen una hoja de injerto de fascia lata a nivel del tendón iliotibial, extrayendo adherencias grasas. Después de realizar hemostasia, colocan dren temporal y rafian el sitio donador.

Wilson y Castroviejo diseñaron un instrumento para remover la fascia lata a través de una corta incisión sobre la banda iliotibial por encima de la articulación de la rodilla, una vez expuesta la fascia se realizan dos cortes paralelos a las fibras del tendón y uno transversal en ángulo recto, permitiendo levantar la fascia como un pequeño colgajo, el colgajo de fascia es pasado por la parte terminal del instrumento y sujetado con pinza. A medida que se mantiene la tensión del colgajo, se desplaza el cortador de la fascia con movimiento ascendente constante hasta alcanzar la parte media de la fascia y se activa la guillotina para cortar la fascia. Cuando se remueven tiras de 10-15 mm de ancho de la fascia no se produce herniación del músculo a través de la fascia lata, pero esta complicación ocurre cuando se extraen tiras de mayor anchura y no se repara la fascia.

Descripción de la técnica quirúrgica utilizando el Injerto autólogo de Fascia Temporal

La técnica de suspensión frontal con el uso de fascia temporal fue descrita inicialmente por Dray en 1992. Para extraer la fascia temporal se debe tener amplio conocimiento de la anatomía de la región temporo-orbitaria y evitar lesionar estructuras importantes, algunos autores refieren incluso el uso de lentes magnificadores para identificar con mayor claridad y respetar las estructuras anatómicas. Se debe realizar previamente una tricotomía en el área a intervenir. La incisión cutánea es ejecutada sobre la región temporal, de 5-6 cm de longitud, por lo general a nivel coronal, se disecciona tejido celular subcutáneo y se llega a la fascia temporo-parietal y se expone una superficie amplia de fascia profunda, se extrae un segmento de fascia de 3 x 5cm, se realizan las tirillas de fascia y se preserva en solución salina 0.9%. Se controla hemostasia y se rafia la piel.

En la zona receptora se realiza una incisión a lo largo del borde superior del tarso y se extrae una pequeña cantidad de piel (2-3mm), a un centímetro del borde superior de la ceja se realizan 4 incisiones (distribuidos a lo largo) de 0.3cm de longitud, se realiza la tunelización para pasar la fascia en forma de doble romboide fijando los extremos en el tarso con puntos de sutura no reabsorbible. Las incisiones cutáneas son rafiadas (Anexo 5). Se coloca ungüento oftálmico y se ocluye durante 24 horas para su valoración y alta al domicilio. Mateos, describe a nivel de la fascia se realizan incisiones verticales para extraer tiras de 3-5mm por 5cm, posteriormente son fijadas al músculo frontal y tarso del párpado afecto.

2.1.4.3. Manejo postquirúrgico y rehabilitación

El manejo y la valoración postquirúrgica es de mucha importancia, debe de realizarse en los días 1, 7, 15 y 30, seguido de los 3, 6 meses y 1 año postquirúrgico. Durante el 1er día postquirúrgico se valora posibles complicaciones inmediatas como hemorragias o hematomas en las que deba de tomarse decisiones quirúrgicas para resolverla. Si no existen causas que lo impidan, el paciente es dado de alta y se programa su valoración a los 7 días postquirúrgicos para el retiro de puntos y el inicio de la rehabilitación con ejercicios dirigidos en los párpados superiores para ayudar a su adaptabilidad y mejor desenvolvimiento.

Los controles sucesivos ayudan a evaluar su acoplamiento mediante los ejercicios indicados y conocer la evolución de la zona donadora, para realizar el control respectivo de los indicadores estéticos y funcionales, posibles complicaciones, persistencia de la ptosis, evolución de las cicatrices. Y nos permite observar si las indicaciones han sido acatadas por el paciente, para

obtener un resultado final adecuado. La rehabilitación o terapia física que se realiza mediante ejercicios activos y pasivos de masoterapia facial, ejercicios de la mímica facial y fortalecimiento del músculo elevador del párpado está encaminada a lograr una buena movilidad del párpado afecto, una apertura ocular adecuada, cierre ocular apropiado y elevación de la ceja.

Se ha obtenido mejoramiento clínico de la agudeza visual utilizando la suspensión frontal para corregir ptosis congénita simple. Es importante realizar esta rehabilitación visual para facilitar el mejoramiento del aprendizaje y las relaciones sociales de los niños (Rodríguez, 2011).

2.1.4.4. Complicaciones

La causa más común de las complicaciones es la hipocorrección, que resulta de la identificación incorrecta de las estructuras, cicatrización excesiva y sutura inapropiada, que requerirá reintervención quirúrgica durante las primeras 2-3 semanas realizando la liberación de un nudo y reacomodación de la fascia a nivel subdérmico. La sobrecorrección puede dejar un lagofthalmos permanente, resultando en una queratopatía por exposición, aquí el tratamiento requiere una exhaustiva lubricación y podría requerir una reintervención quirúrgica para ajustar el borde del párpado.

No debemos olvidar las causas focales de complicación de toda herida quirúrgica, como infección, sangrado, hematomas, granulomas. Otra causa de complicación es la extrusión del material inerte usado para la corrección. Si nos referimos al sitio donador, hemos encontrado reportes de cicatrices hipertróficas o queloides; en la fascia lata se ha reportado dolor en la pierna durante el descanso y movimiento, cojera; en el área donadora de la fascia temporal se han reportado alopecia en el área donadora en el postoperatorio inmediato y mediato.

2.2. INVESTIGACIONES PREVIAS

Negrin-Cáceres y colaboradores, en su publicación del año 2016 “Comportamiento clínico-quirúrgico de la ptosis palpebral en la consulta de Cirugía Plástica Ocular” en Cuba, reportaron 65 pacientes con ptosis palpebral, la mayor afectación se dio en el sexo masculino 61%, se practicó suspensión frontal a 9 pacientes (13.8%), con una altura de la hendidura palpebral media preoperatoria de $4,6 \pm 0,7$ cm y una media de $9,4 \pm 1,4$ cm al mes de operados. Skaat en el 2013 en Israel de 162 pacientes con blefaroptosis el 47.5% se sometió a suspensión frontal el 56% se presentó en el sexo masculino.

Generalmente la ptosis congénita, cuando no genera ambliopía, puede ser corregida al comenzar la edad escolar, a los 4-5 años, a esta edad el niño, además de tener mayor desarrollo muscular, es más colaborador y nos permite obtener más información sobre el grado de ptosis, la función del músculo elevador y del posible estrabismo añadido. Si la ptosis unilateral o bilateral, es muy acusada y provoca ambliopía, debe repararse lo antes posible (Vargas, 2005). Stein y colaboradores en el año 2014 en Seattle de 84 pacientes con blefaroptosis moderada a severa el 46% se sometieron a la técnica con suspensión frontal, la edad promedio fue de 4.6 años, 31 de ellos mayor e iguales de 4 años y 5 pacientes de 3 años y menores.

En el año 2013, Skaat y colaboradores, realizó un estudio (N=162) en la ciudad de Tel Aviv (Israel) donde a un pequeño subgrupo de su estudio de 27 pacientes con blefaroptosis les realizó estudios de refracción pre y postquirúrgico hallando el 22% (6/27) de pacientes con alteraciones oftalmológicas, incluyendo ambliopía, estrabismo y alteraciones de la refracción e indica que no encontró diferencia significativa de la agudeza visual en el ojo ptosico antes y después de la cirugía. Stein de 84 pacientes con ptosis moderada y severa refiere el 18% (15/84) de frecuencia de ambliopía por privación, por estrabismo y por anisometropía.

Skaat en el mismo estudio informa que de los 162 casos el 46.3% se realizaron suspensión frontal (75/162); se utilizó fascia lata autóloga en el 40% (30/75) de los casos, barra de silicona 29.3% (22/75), malla de Mersilene 29.3% (22/75), y polytetra- fluoroethylene (PTFE) 1.3% (1/75). La mayoría de los pacientes obtuvieron buenos resultados funcionales y cosméticos. La tasa de reoperación fue 29.3% (22/75) para los casos de suspensión frontal, de esos el 36.4% (8/22) fue con el uso de fascia lata autóloga, 27.3% (6/22) para barra de silicona, y 36.4% (8/22) para Malla de Mersilene.

Bladen, Moosajee, Tumuluri, & Olver, en el año 2012, estudiaron prospectivamente pacientes con múltiples fracasos en la cirugía del párpado y recurrencia de la ptosis con una función pobre del elevador del párpado, llegando a una media de 2.87+/-1.72mm , utilizando fascia temporal autóloga, obtuvieron buenos resultados estéticos y funcionales en todos los pacientes con un promedio de apertura palpebral a las 6 semanas postquirúrgicas de 7.14 +/- 1.67 mm equiparando a una media de incremento de 3.27mm con significancia estadística ($p < 0.05$). El mejoramiento en la altura del párpado se mantuvo a los 4.5 años de seguimiento en todos los pacientes.

Kobubo, y otros, 2016, evaluaron resultados quirúrgicos de la suspensión frontal en la reparación de blefaroptosis congénita aplicando polytetrafluoroethylene en 97 pacientes, presentaron el 4.6% de complicaciones, concluyendo que es un método seguro y efectivo y lo recomienda para usos clínicos. Ben Simon, y otros, 2005, en un estudio en la ciudad de Los Ángeles, realizó la comparación de diversos materiales utilizados para la suspensión frontal, reportando una recurrencia de la ptosis de 26% al cabo de 12 meses de seguimiento sin diferencia entre materiales de sutura y las complicaciones más comunes que presentaron fueron queratopatía por exposición (15%), inflamación o granuloma piógeno (2-17%), infección en el sitio de sutura con celulitis preseptal (3-7%), y extrusión de la sutura (5-17%).

Un estudio realizado en un hospital pediátrico en Marsella, realizado a 19 pacientes con ptosis palpebral congénita severa en las que se practicó suspensión frontal con injerto autólogo con una media de seguimiento de 8 años determinó que es un procedimiento que da buenos resultados a largo plazo sin complicaciones o recurrencia de la ptosis y es técnica de elección en los niños con blefaroptosis severa (Philandrianos & al, 2010). Una investigación parecida se realizó en Irak donde reportó una tasa de satisfacción del 77% y encontró que los resultados estéticos insatisfactorios se debían principalmente a una corrección insuficiente (10%) y formación deficiente del pliegue palpebral (6%) (Arajy, 2012).

En nuestro país, Vargas, realizó una investigación de esta patología, reportando 57 casos, de los cuales se intervinieron quirúrgicamente 49. Se identificaron 35 casos de ptosis severa con función nula y moderada, 7 casos de ptosis moderada con función regular y leve del músculo elevador, y 7 casos de ptosis leves con función leve y excelente. Concluyendo que la ptosis palpebral requiere una correcta evaluación prequirúrgica y diagnóstica diferencial por los especialistas que se encuentren involucrados para así condicionar buenos resultados postquirúrgicos.

2.3. EVALUACIÓN CONCEPTUAL

La blefaroptosis congénita es una patología compleja, con múltiples repercusiones tanto funcional, estético y psicológico, es por eso que múltiples autores han tratado de desarrollar la técnica ideal en miras de lograr el mejor resultado estético y funcional que perduren a través del tiempo y presenten el mínimo de complicaciones. Desde que Wright describió la técnica de suspensión frontal, ha sufrido varias modificaciones por diferentes autores, tanto en los

materiales empleados para realizar la suspensión como la forma de realizar el anclaje del tarso con el músculo frontal.

Dependiendo del grado de función del músculo elevador del párpado superior se escoge la técnica quirúrgica para reparar la ptosis palpebral, al realizar la revisión bibliográfica de este tema se encontraron muchas variaciones y diferentes clasificaciones del funcionamiento del MEPS, no existe un consenso establecido para valores tan determinantes y poder hablar del mismo estadio en cualquier parte del mundo, pero nos pareció más acertado el propuesto por Mesa por lo que, en este trabajo de investigación, nos regimos según esa clasificación.

Descrito está que la fascia autógena tiene mejor biocompatibilidad que los materiales aloplásticos, con resultados a largo plazo que mantienen la ptosis corregida. Si hacemos una comparación en relación a la literatura revisada encontramos que estos materiales inertes presentan mejores resultados estéticos al no producir una segunda herida quirúrgica y al ser de un material de menor grosor que la fascia da una mejor apariencia en el párpado afecto, pero en algunos casos se ha reportado el rechazo de este material y termina realizando un segundo tiempo quirúrgico.

Cuando se utiliza la fascia autóloga, debe tenerse en cuenta que con el pasar del tiempo va perdiendo su fuerza tensil, por lo que en primera instancia debe de lograrse una hipercorrección en grado leve. Si no se realiza la hipercorrección el párpado quedara con cierto grado de ptosis recidivante, dando resultados deficientes. Las complicaciones descritas y asociadas con la suspensión frontal, incluye queratopatía temprana por exposición postquirúrgica, inflamación, granuloma, cicatrices, exposición de las suturas y las tasas varían de acuerdo al material utilizado. Específicamente las mayores tasas de complicación están asociadas con nylon y PTFE.

Los pacientes, a quienes se realizó suspensión frontal con hipercorrección, al paso de los años presentan cierto grado de lagofthamos, queratopatía punctata, requiriendo manejo tópico para evitar una complicación mayor como úlceras corneales. Además de otras anomalías del párpado superior como entropión, recurrencia de la ptosis y el requerimiento de usar lubricantes oculares como terapia a largo plazo.

Al realizar la revisión bibliográfica, no se logró conocer el estado de esta patología en nuestra región (América del Sur), tampoco las diferentes técnicas y avances que han tenido en su corrección. En nuestro país se encontró un estudio publicado sobre blefaroptosis congénita, lo

que denota la importancia de realizar publicaciones, de desarrollar la parte investigativa y así poder comparar nuestros resultados con el resto de la región y el mundo.

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación se realizó en el Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, es una institución que forma parte del sistema nacional de salud, es hospital pediátrico de referencia regional y nacional. Se encuentra ubicado en el sector urbano centro sur de la ciudad de Guayaquil. Esta categorizado en el tercer nivel de complejidad, cuenta con 356 camas para estancia hospitalaria. El servicio de cirugía plástica tiene a su disposición 4 médicos tratantes de Cirugía plástica para la atención de sus diversas modalidades en hospitalización, unidad de quemados, consulta externa y emergencia, con disponibilidad para hospitalización de 14 camas.

3.1.2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

El periodo de estudio fue desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre del año 2015, recabando información de las historias clínicas únicas de cada uno de los pacientes operados por Blefaroptosis palpebral congénita.

3.1.3. RECURSOS UTILIZADOS

Recursos Humanos:

- Investigador
- Tutor

Recursos Físicos: computadora, impresora, hoja recolección de datos, laptop, historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

3.1.4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo conformado por la totalidad de los pacientes ingresados por la consulta externa y operados por diagnóstico de ptosis palpebral severa en el período establecido para el estudio, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El universo es de 50 pacientes. La muestra es igual al universo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes menores de 15 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico de Ptosis palpebral.
- Pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por ptosis palpebral severa.
- Valoración oftalmológica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con ptosis adquirida.
- Pacientes que tengan afectación nerviosa del músculo frontal.
- Pacientes ya intervenidos por otras patologías con la misma técnica quirúrgica.
- Pacientes re-operados por la misma patología.

3.2. MÉTODOS**3.2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó de tipo correlacional, observacional, retrospectivo y transversal con medición a los 6 meses postquirúrgicos.

3.2.2. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN**3.2.2.1. Recolección de la información**

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Las variables fueron tabuladas y analizadas para obtener la información estadística.

3.2.2.2. Procesamiento de datos

Los datos obtenidos para el estudio fueron introducidos en una base de datos confeccionada en el programa Excel 2013.

3.2.2.3. Análisis y tratamiento de los datos

Los datos fueron analizados en los programas estadísticos SPSS para calcular, correlación, Chi cuadrado, media, desviación estándar, valores máximo y mínimo, el intervalo de confianza (95%), y valor p. Los resultados se ilustraron mediante tablas, histogramas y gráficos.

3.2.2.4. Operacionalización de las Variables

Variable	Indicador	Definición	Valor Final	Medida de la Variable	
Variable Independiente	Blefaroptosis Congénita Severa	Lateralidad de la afección de la ptosis	Afectación de uno o ambos lados	1.Unilateral 2.Bilateral	Cualitativa nominal dicotómica
		Función del músculo elevador del párpado superior	Excursión y grado de afectación de la función muscular	1.Nula 2.Mala 3.Nula	Cualitativa ordinal politómica
		Malformaciones asociadas	Alteraciones físicas asociadas	1.Presencia 2.Ausencia	Cualitativa nominal dicotómica
		Alteraciones oftalmológicas producto de la ptosis palpebral	Repercusión fisiológica por la falta de tratamiento oportuno de la blefaroptosis	1.Ninguna 2.Otra 3.Estrabismo 4.Ambliopía	Cualitativa nominal politómica
Variables Dependientes	Injerto Fascia Lata Injerto Fascia Temporal	Tiempo de hospitalización	Tiempo transcurrido desde su intervención quirúrgica hasta el alta hospitalaria.	Días	Cuantitativa continua
		Grado de corrección de la ptosis	Estado en el que se verifica la corrección de la patología	1.No Corregido 2.Hipocorregido 3.Corregido 4.Hipercorregido	Cualitativa nominal politómica
		Complicaciones postquirúrgicas	Estado no deseado después de recibir el tratamiento quirúrgico	1.Ninguna 2.Hematoma 3.Sangrado 4.Infección	Cualitativa nominal politómica

	Resultado estético postquirúrgico	Valoración después de la cirugía de acuerdo a estándares de belleza	1.Pobre 2.Moderado 3.Bueno	Cualitativo Ordinal politómica
	Resultado funcional postquirúrgico	Valoración después de la cirugía de la competencia del MEPS	1.Pobre 2.Moderado 3.Bueno	Cualitativo Ordinal politómica
Variables Intervinientes	Edad	Tiempo que ha vivido una persona hasta recibir la cirugía	Años de vida	Cuantitativa continua
	Sexo	Condición biológica que distingue a los hombres y mujeres	1.Masculino 2.Femenino	Cualitativa Nominal Dicotómica

Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

3.3. MARCO ÉTICO Y LEGAL

La información del presente estudio se obtuvo por medio de registros médicos, listas de pacientes, bases de datos, material de archivo, cumpliendo con las normas básicas de solidez científica, respetando principios de autoría. Los datos referentes a los pacientes fueron enmascarados y ningún nombre o referencia de los pacientes fueron revelados por parte del investigador que sigue las normas éticas para este tipo de investigación con pacientes. Existe la fidelidad de la información y se apega a la verdad. No existen relaciones comerciales que motiven a desarrollar este estudio, ni patrocinio por parte de alguna empresa.

Los ecuatorianos estamos amparados por leyes generales y específicas a continuación, se enumeran varios artículos establecidos en la Constitución de la República del Ecuador elaborada en el 2008, así como el Reglamento de Régimen Académico aprobado por el Consejo de Educación Superior y la Ley Orgánica de Educación Superior.

Constitución del Ecuador del año 2008

Título II de los Derechos, Capítulo primero Principios de aplicación de los derechos:

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios

2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación

Amparados por el Título VII Régimen del Buen Vivir, Sección segunda. Salud:

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Por la Ley Orgánica de Salud.

Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre del 2006:

Capítulo III Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud:

k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,

En el artículo 42; en la **Ley Orgánica de Salud**, artículo N° 1, 6 y 7, que indica que “es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”, y en el artículo N° 10: “quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que

incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, y cuidados paliativos de salud individual y colectiva”.

Reglamento de Régimen Académico C.E.S.

Capítulo III:

Artículo 21.- Unidades de organización curricular en las carreras técnicas y tecnológicas superiores, y de grado. Estas unidades son:

3. Unidad de titulación.- Incluye las asignaturas, cursos o sus equivalentes, que permiten la validación académica de los conocimientos, habilidades y desempeños adquiridos en la carrera para la resolución de problemas, dilemas o desafíos de una profesión. Su resultado fundamental es el desarrollo de un trabajo de titulación, basado en procesos de investigación e intervención o la preparación y aprobación de un examen de grado.

El trabajo de titulación es el resultado investigativo, académico o artístico, en el cual el estudiante demuestra el manejo integral de los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación profesional; deberá ser entregado y evaluado cuando se haya completado la totalidad de horas establecidas en el currículo de la carrera, incluidas las prácticas pre profesionales. [...]

Todo trabajo de titulación deberá consistir en una propuesta innovadora que contenga, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta. Para garantizar su rigor académico, el trabajo de titulación deberá guardar correspondencia con los aprendizajes adquiridos en la carrera y utilizar un nivel de argumentación, coherente con las convenciones del campo del conocimiento.

La ley Orgánica de Educación Superior (LOES)

Título I ámbito, objeto, fines y principios del sistema de educación superior, capítulo 2 fines de la educación superior en sus artículos:

Art. 5.- Derechos de las y los estudiantes.- Son derechos de las y los estudiantes los siguientes literales: f) Ejercer la libertad de asociarse, expresarse y completar su formación bajo la más amplia libertad de cátedra e investigativa g) Participar en el proceso de construcción, difusión y aplicación del conocimiento.

Art. 8.- Serán Fines de la Educación Superior.- La educación superior tendrá los siguientes fines: en el literal a) Aportar al desarrollo del pensamiento universal, al despliegue de la

producción científica y a la promoción de las transferencias e innovaciones tecnológicas; y en su literal e) Aportar con el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo previsto en la Constitución y en el Plan Nacional de Desarrollo.

Art. 13.- Funciones del Sistema de Educación Superior.- Son funciones del Sistema de educación Superior:

a) Garantizar el derecho a la educación superior mediante la docencia, la investigación y su vinculación con la sociedad, y asegurar crecientes niveles de calidad. excelencia académica y pertinencia.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

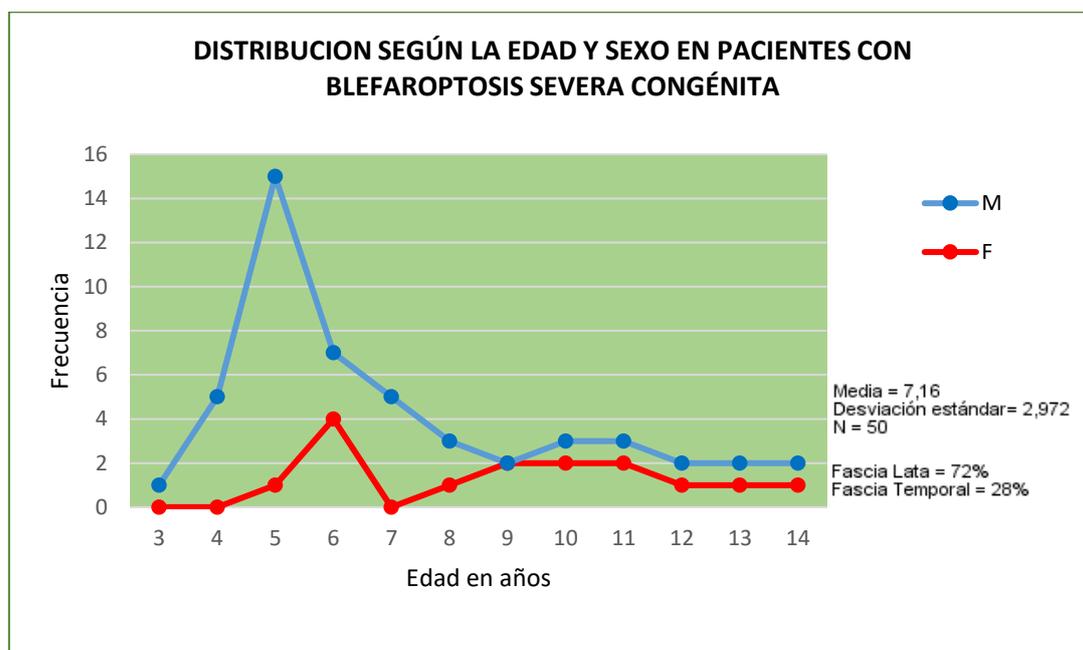
4.1. RESULTADOS

Una vez terminado la recolección de los datos, a través de las historias clínicas de los pacientes operados por Blefaroptosis congénita severa, en los grupos de estudio mediante el programa de Excel 2013, se procedió a tabular los resultados, por medio del programa estadístico IBM SPSS 24, para conocer si existía la correlación entre los resultados y el tipo de fascia utilizada en las técnicas quirúrgicas empleadas en la institución. En este estudio se seleccionaron 50 casos que reunieron los criterios de inclusión y exclusión. De la totalidad de los casos 36 corresponden a la técnica quirúrgica con fascia lata y 14 pacientes a la técnica quirúrgica de fascia temporal.

4.1.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES OPERADOS POR BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA CON INJERTO AUTÓLOGO EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015



FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

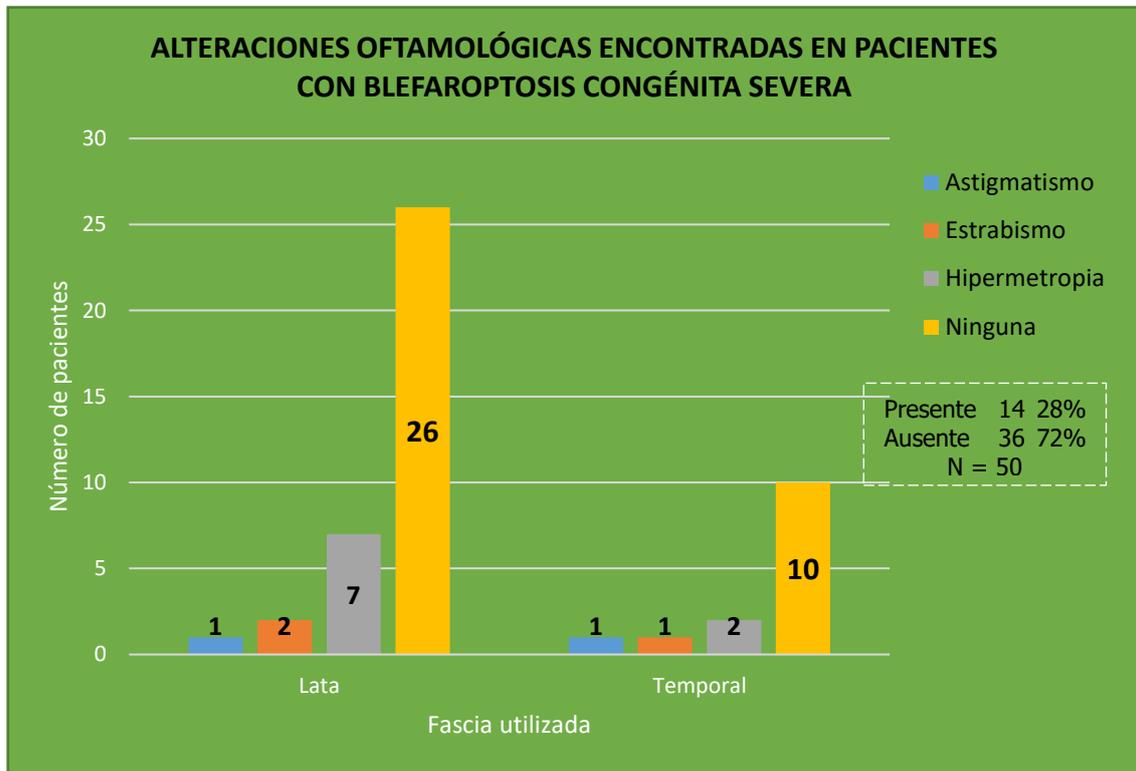
Resultados e Interpretación

En las medidas de tendencia central, se presenta una Edad Media de 7 años de edad. El 30% de los pacientes sometidos a suspensión frontal con fascia autóloga fue de 5 años de edad. La edad media se desvía del valor promedio de estudios similares por haber pacientes de 10 y 14 años que proceden de la zona rural y difirieron la cirugía. Vargas en su estudio realizado en Guayaquil, indica que las cirugías deben de realizarse al iniciar la edad escolar, obteniendo mayor colaboración y un correcto diagnóstico.

El sexo masculino corresponde al 70% de todos los casos y de estos el 74% (26) fueron sometidos a cirugía con técnica de fascia lata; del sexo femenino el 67% (10) corresponde a fascia lata y el 34% (5) a fascia temporal. La relación hombre: mujer fue 2,3:1. Este resultado es cotejado con el estudio realizado por Negrin-Cáceres, 2016, que refiere el sexo masculino es el de mayor incidencia en ptosis palpebral congénita.

Gráfico 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS HALLADAS EN PACIENTES OPERADOS POR BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA CON INJERTO AUTÓLOGO EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015



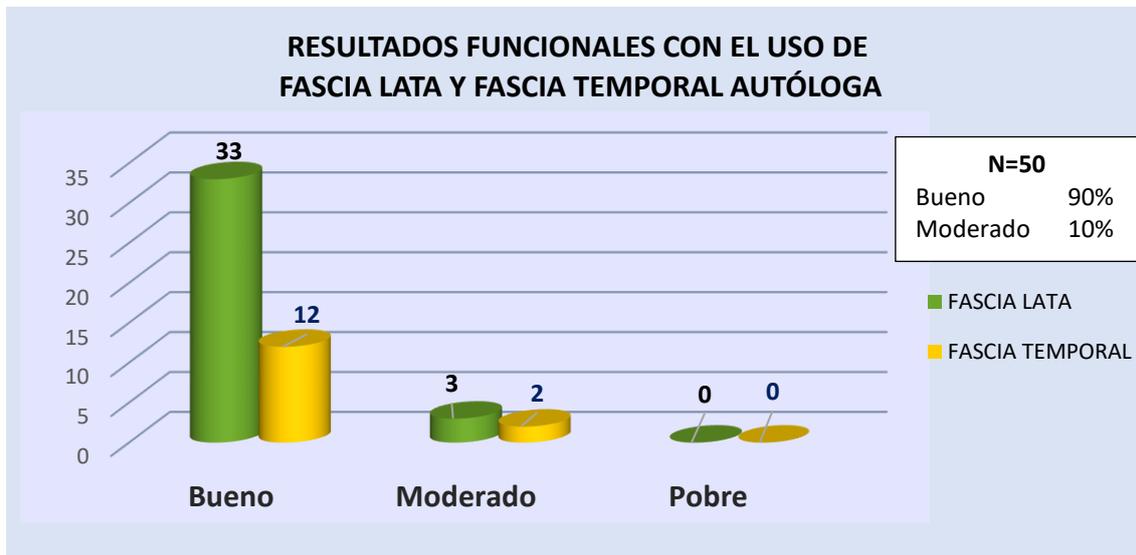
FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

La alteración oftalmológica reportada en pacientes con blefaroptosis congénita severa corresponde al 28% (14/50) de estas la más frecuente fue la hipermetropía, 64%, seguido de estrabismo, 21%, y astigmatismo, 14%. Skaat y colaboradores, 2013, en Israel, reportaron afectaciones oftalmológicas del 22% (6/27) que además de reportar estrabismo y alteraciones de la refracción, presentaron ambliopía.

Gráfico 3

RESULTADOS FUNCIONALES DEL USO DE LA FASCIA LATA Y TEMPORAL AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015



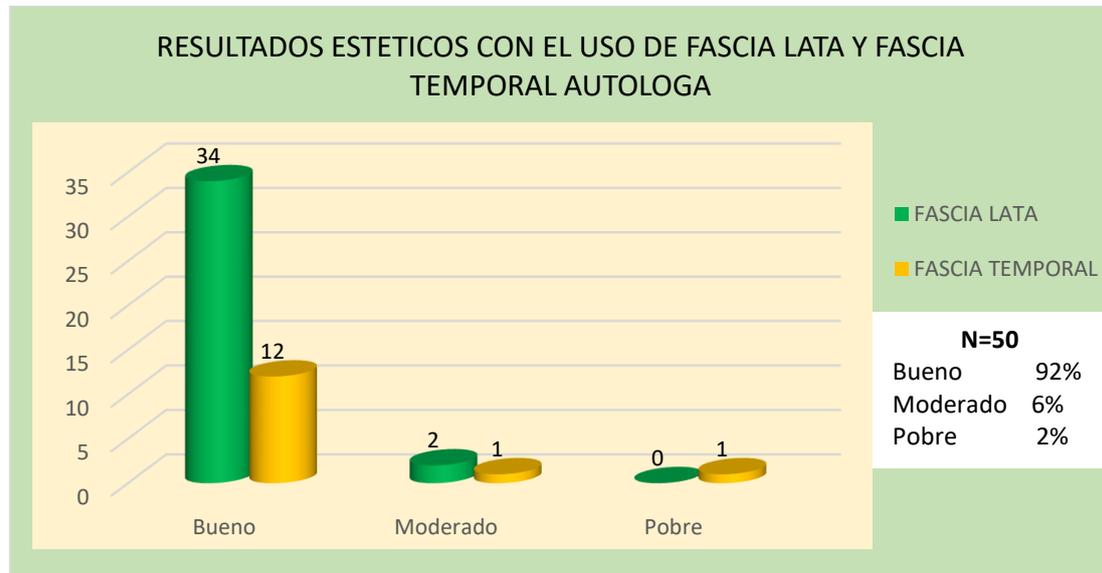
FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

Para obtener el resultado de valoración funcional postquirúrgica se utilizó la escala propuesta por Olzem en el año 2013 se obtuvieron Media, Mediana en la categoría de Resultado funcional Bueno, siendo además la categoría más frecuente con 90% (35/50) de los casos, corresponde a la Fascia Lata 92%(33/36) y Fascia Temporal 86%(12/14). Información similar se observó en el estudio presentado por Philandrianos en el año 2010 donde obtuvo buenos resultados a largo plazo sin complicaciones ni recurrencia con el uso de fascia lata y con Bladen y colaboradores en Sidney (2012), que utilizando fascia temporal autóloga para corrección de blefaroptosis obtuvieron buenos resultados funcionales en todos los pacientes.

Gráfico 4

RESULTADOS ESTÉTICOS CON EL USO DE FASCIA LATA Y FASCIA TEMPORAL AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015



FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

Para obtener el resultado de valoración estética postquirúrgica se utilizó la escala propuesta por Ozlem en el año 2013, donde se obtuvieron Media, Mediana en la categoría de Resultado Estético Bueno, siendo además la categoría más frecuente con 92%(46/50) de los casos, corresponde a la Fascia Lata 95%(34/36) y Fascia Temporal 86%(12/14). Estos resultados se cotejan con los descritos por Philandrianos en el año 2010, Francia, donde el 91% (11) de los casos tuvieron entre bueno y excelente resultado estético. Tanto en nuestro estudio como en el de Philandrianos se presentó 1 caso con resultado estético pobre, ocasionado por sangrado postquirúrgico.

Gráfico 5

COMPLICACIONES PRESENTADAS CON EL USO DE LA FASCIA LATA Y TEMPORAL AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015



FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

En el presente estudio las complicaciones fueron del 2% (1/50), siendo la técnica de fascia temporal la que presentó Sangrado postquirúrgico. Alon Skaat, y colaboradores, en el 2013, reportan complicaciones asociadas a la técnica de suspensión frontal como granuloma piógeno, infección en el sitio de sutura, celulitis preseptal y exposición de la sutura y sus tasas varían con los diferentes materiales utilizados, y refiere básicamente las mayores complicaciones están relacionadas con materiales inertes.

Tabla 1

TABLA DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE LOS RESULTADOS FUNCIONALES DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CON FASCIA LATA Y TEMPORAL AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015

Correlaciones			Corrección Ptosis	R. Funcional
Rho de Spearman	Corrección Ptosis	Coeficiente de correlación	1,000	0,407**
		Sig. (bilateral)	.	0,003
		N	50	50
	R. Funcional	Coeficiente de correlación	0,407**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,003	.
		N	50	50

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

Se analiza la corrección quirúrgica y los resultados funcionales postquirúrgico de blefaroptosis congénita severa con ambas técnicas, fascia lata y fascia temporal. Para ello, se aplicó como método estadístico el coeficiente de correlación de rangos de Spearman y se encontró que existe correlación y dependencia entre la corrección y los resultados funcionales ($p < 0,01$); mientras más corrección de la patología presenta mejor resultado funcional.

Tabla 2

**TABLA DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE LOS RESULTADOS ESTÉTICOS
DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS CON FASCIA LATA Y TEMPORAL
AUTÓLOGA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA BLEFAROPTOSIS
CONGÉNITA SEVERA EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE
2013-2015**

Correlaciones				
			R. Estético	Corrección de la Blefaroptosis
Rho de Spearman	R. Estético	Coeficiente de correlación	1,000	0,564**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	50	50
	Corrección Ptosis	Coeficiente de correlación	0,564**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	50	50

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

Se analiza la corrección quirúrgica y los resultados estéticos postquirúrgicos de blefaroptosis congénita severa con técnicas de fascia lata y de fascia temporal. Para ello, se aplicó como método estadístico el coeficiente de correlación de rangos de Spearman y se encontró que existe correlación y dependencia entre la corrección y los resultados estéticos ($p < 0,01$); mientras más corrección de la patología presenta mejor resultado estético.

Tabla 3

TABLA INFERENCIAL CHI CUADRADO ENTRE LA VARIABLE GRADO DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA CON TÉCNICA DE FASCIA LATA Y FASCIA TEMPORAL, Y LA VARIABLE RESULTADOS FUNCIONALES POSTQUIRÚRGICOS.

Tabla cruzada Corrección Ptosis*R. Funcional

		R. Funcional				Total	
		Moderado		Bueno			
Correccion Ptosis	No corregido	1	20%	0	0%	1	2%
	Hipocorregido	3	60%	0	0%	3	6%
	Corregido	0	0%	33	73%	33	66%
	Hipercorregido	1	20%	12	27%	13	26%
Total		5	100%	45	100%	50	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,744 ^a	3	0,000	0,000
Razón de verosimilitud	25,457	3	0,000	0,000
Prueba exacta de Fisher	22,465			0,000
N de casos válidos	50			

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,10.

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados e Interpretación

Se tabulan los datos con la prueba de Chi cuadrado pero al haber en la tabla de frecuencias esperadas el 75% de los datos un recuento menor a 5 la prueba queda invalidada, por lo que utilizamos la prueba exacta de Fisher que se ajusta a muestras pequeñas. Se obtiene una buena significancia estadística de $p < 0.001$ aceptando la hipótesis planteada, la aplicación de injerto autólogo con fascia lata y fascia temporal para la corrección de blefaroptosis congénita está asociada a buenos resultados funcionales.

4.1.2. DISCUSIÓN

La blefaroptosis congénita se caracteriza por presentar una afectación del músculo elevador del párpado superior, el cual puede estar ausente o poco desarrollado, se encuentra relacionado con alteraciones a nivel de los genes PTOS1 y ZFH4. Por lo que su función se encuentra comprometida y la severidad de la afectación se relaciona con la cantidad de fibras musculares ausentes. El sexo masculino presenta la mayor frecuencia de afectación según la literatura internacional la cual se reporta en el 61% de pacientes según datos reportados por Negrin-Cáceres y colaboradores (Cuba), en su publicación del año 2016 y en el estudio de Skaat, 2013 en Israel donde tuvo una frecuencia de 56% el sexo masculino, resultados que son muy parecidos al obtenido en este estudio, donde el sexo masculino obtuvo el 70%.

Stein y colaboradores en el año 2014 en Seattle de 84 pacientes con blefaroptosis moderada a severa el 46% se sometieron a la técnica con suspensión frontal, la edad promedio fue de 4.6 años, 31 de ellos mayor e iguales de 4 años y 5 pacientes de 3 años y menores. En nuestro estudio la edad media de intervención fue de 7 años, la edad más frecuente fue a los 5 años. La edad media se desvía del valor promedio de estudios similares por haber pacientes de 10 y 14 años que proceden de la zona rural y difirieron la cirugía. Vargas en su estudio realizado en Guayaquil, 2005, indica que las cirugías deben de realizarse al iniciar la edad escolar, 4-5 años, además de tener mayor desarrollo muscular, es más colaborador y permite obtener más información sobre el grado de ptosis, la función del músculo elevador y del posible estrabismo añadido. obteniendo mayor colaboración y un correcto diagnóstico.

La alteración oftalmológica reportada en pacientes con blefaroptosis congénita severa corresponde al 28%, de estas la más frecuente fue la hipermetropía, seguido de estrabismo y astigmatismo, no se reportaron casos de ambliopía, a diferencia del estudio de Skaat y colaboradores, 2013, en Israel, donde la afectación oftalmológica fue del 22% presentando ambliopía además de estrabismo y compromiso en la refracción ocular. Así mismo Yoon & Lee en el 2009, Korea, reportan porcentajes similares (23.4%) de ambliopía, anisometropia y estrabismo. Stein en el 2014, Seattle, refiere una frecuencia menor, 18%.

En los resultados postquirúrgicos funcionales con el uso de fascia lata y fascia temporal hay similitudes con los trabajos de Philandrianos en el año 2010, Francia, donde obtuvo ente buenos y excelentes resultados a largo plazo sin complicaciones ni recurrencia con el uso de fascia lata

y temporal 91% y con Bladen y colaboradores en Sidney (2012), que utilizando fascia temporal autóloga para corrección de blefaroptosis obtuvieron buenos resultados funcionales en todos los pacientes.

Los resultados estéticos postquirúrgicos de este trabajo muestran semejanza con el estudio de Philandrianos en el año 2010, Francia, donde el 91% de los casos tuvieron entre bueno y excelente resultado estético. Tanto en nuestro estudio como en el de Philandrianos se presentó 1 caso con resultado estético pobre, ocasionado por sangrado postquirúrgico. Una investigación parecida, realizó Arajy en Irak, 2010, donde reportó una tasa de satisfacción del 77% y encontró que los resultados estéticos insatisfactorios se debían principalmente a una corrección insuficiente (10%) y formación deficiente del pliegue palpebral (6%). Bladen y col, en el año 2012, Sidney, refiere resultados similares utilizando fascia temporal autóloga, buenos resultados estéticos con mejoramiento en la altura del párpado.

Alon Skaat y col, en el año 2013, Israel, en su estudio reporta las complicaciones comúnmente asociadas a la suspensión frontal incluyen lagofalmo, granuloma piógeno, infección en el sitio de sutura con celulitis preseptal y exposición de la sutura, las tasas varían con los diferentes materiales utilizados pero las mayores complicaciones están relacionadas con materiales inertes. Ben Simon y otros, 2005, en Los Ángeles, realizó la comparación de diversos materiales utilizados para la suspensión frontal, reportando una recurrencia de la ptosis de 26% al cabo de 12 meses de seguimiento sin diferencia entre materiales de sutura. En el presente estudio la única complicación que se presentó fue sangrado postquirúrgico asociado a la fascia temporal y no se reportaron casos de reoperación.

Hay una correlación estadística positiva en ambas técnicas de fascia autóloga, entre mayor es el grado de corrección se obtiene un mejor resultado funcional con una hendidura palpebral aceptable y el campo visual libre, y mejor resultado estético con buena simetría palpebral y formación del pliegue palpebral. Estadísticamente el uso de injerto autólogo con fascia temporal y fascia lata, para la corrección de blefaroptosis congénita severa, si están asociadas a un buen resultado funcional, con una significancia de $p < 0.001$.

4.2. CONCLUSIONES

Con la ejecución y resultados de este trabajo investigativo podemos concluir:

1. El sexo que predomina es el masculino. La edad promedio de presentación fue de 7 años en ambas técnicas quirúrgicas, es alta debido a que hay cierta cantidad de pacientes que se operaron a edades tardías. La edad más frecuente de cirugía es a los 5 años.
2. Después de cotejar la información obtenida, se concluye que la edad ideal para realizar la intervención quirúrgica es de los 4 a 5 años de edad, logrando obtener mediciones precisas y valoración correcta de la función del músculo elevador, siempre y cuando no presente ambliopía cuya edad de cirugía es al momento del diagnóstico.
3. La falta de valoración oftalmológica adecuada influye en la recuperación efectiva de la función visual. La alteración oftalmológica que se presentó con mayor frecuencia fue la hipermetropía, ningún paciente presentó ambliopía contrastando con la literatura internacional.
4. La corrección de la blefaroptosis severa con función nula del elevador del párpado superior mediante la técnica de suspensión frontal con injerto de fascia autóloga es un método que corrige las alteraciones estéticas y oftalmológicas del paciente.
5. En concordancia con la información obtenida de los artículos científicos la técnica quirúrgica más utilizada con injerto autólogo es la fascia lata.
6. El uso de injerto autólogo en la suspensión frontal implica una disminución en las reintervenciones al utilizar un material que no genera reacciones de hipersensibilidad, disminuyendo así la tasa de complicaciones.
7. El uso de fascia autógena para la corrección de blefaroptosis congénita severa es un método seguro de realizar, con una proporción de 1:50 de presentar complicaciones.

8. El uso de injerto autólogo con fascia temporal y fascia lata, presentaron buenos resultados funcionales y estéticos con significancia estadística y médica.

9. Como conclusión final, podemos decir que nuestro estudio muestra similitudes en cuanto a las estadísticas globales, descritas en la literatura médica y que la técnica de fascia lata y fascia temporal son de elección para el tratamiento de nuestros niños con blefaroptosis congénita severa.

4.3. RECOMENDACIONES

Después de la interpretación y análisis de los resultados, se recomienda:

1. Detección oportuna de los pacientes con Ptosis palpebral en los primeros niveles de atención de salud y mantener las valoraciones pediátricas y oftalmológicas correspondientes hasta cumplir la edad ideal para recibir el tratamiento quirúrgico adecuado y oportuno.
2. A más de las variables del presente estudio, incluir la zona donadora y así evaluar en mayor contexto los resultados funcionales y estéticos en los pacientes sometidos a corrección quirúrgica por esta patología.
3. Realizar estudios de tipo prospectivo y longitudinal con medición de las variables funcionales y estéticas, a fin de determinar si los resultados se mantuvieron a través del tiempo o requirieron nuevas intervenciones.
4. Realizar estudios multicéntricos en el país y determinar la verdadera incidencia de esta patología y su manejo quirúrgico.
5. Asegurar una valoración oftalmológica completa pre y post quirúrgica a todo paciente que sea sometido a cirugía correctiva de Ptosis palpebral.
6. Difundir una propuesta de evaluación para el manejo multidisciplinario prequirúrgico de la Ptosis palpebral a los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Francisco Icaza Bustamante (Anexo 14).

PROPUESTA PARA LA EVALUACIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL

Problema

La ptosis palpebral es una de las patologías congénitas más frecuentes en los niños donde la falta de un diagnóstico clínico y exploración preoperatoria individualizada, condiciona los resultados desfavorables o momentáneos en el tratamiento de la patología. Presenta repercusión psicológica del problema estético, alteraciones oftalmológicas, problemas del aparato locomotor y debe de realizarse a una edad que permita obtener mediciones precisas.

Antecedentes

Determinados factores como: la falta de información de los padres sobre esta patología, ausencia de una evaluación oftalmológica oportuna, factores nutricionales y metabólicos y una mala categorización de la ptosis palpebral produce que los pacientes no acudan a una edad apropiada para someterse al tratamiento quirúrgico, existan alteraciones en la función visual y no cuenten con un estado clínico óptimo. Esto genera un desenlace postquirúrgico inadecuado, trayendo consigo malestar del paciente, los padres y médicos.

Objetivos

1. Realizar una ruta diagnóstica para los pacientes con diagnóstico presuntivo de ptosis palpebral que favorezca a una valoración consensuada y reciban el tratamiento oportuno.
2. Proponer una ficha de recolección de datos prequirúrgicos que incluyan los principales factores a evaluar en la ptosis palpebral.

Justificación

Al realizar una valoración consensuada y especializada, por parte de los servicios de Pediatría, Oftalmología y Cirugía Plástica que diagnostiquen el tipo de ptosis palpebral y el tratamiento adecuado, produce un mejor resultado postquirúrgico en el paciente.

Método

Difundir el flujograma y la hoja de evaluación de la Ptosis palpebral (Anexo 15) en los niveles de atención primaria de salud y los especialistas de cada servicio, enfatizando las acciones a realizar; es de mucha importancia para obtener el diagnóstico oportuno, sabiendo que los resultados dependen de la adecuada valoración a los pacientes.

Servicio de Pediatría

Generalmente, el pediatra es el primer especialista que tiene contacto con los pacientes con ptosis palpebral y es el responsable de:

1. Captar a los pacientes con ptosis palpebral en los primeros niveles de atención del sistema nacional de salud.
2. Orientar a los padres que la edad ideal para operar la ptosis palpebral congénita es a partir de los 4 años. En la cual el niño(a) es capaz de seguir indicaciones y se logra obtener datos más fidedignos, tanto en la valoración oftalmológica como con el cirujano.
3. Derivar oportunamente el paciente al oftalmólogo pediatra o cirujano plástico reconstructivo para una valoración más amplia y consensuada de esta patología.
4. Referir inmediatamente al servicio de oftalmología si el paciente presenta datos de ambliopía, ya que constituye una indicación de tratamiento médico-quirúrgico al momento de su detección.
5. Mantener al paciente en condiciones óptimas para recibir el tratamiento quirúrgico que se vaya a realizar.
6. Determinar las patologías agregadas que pueda presentar el paciente y referirlo a otra especialidad si lo requiere.
7. Revalorar al paciente según la necesidad de patologías agregadas o subyacentes.

Servicio de Oftalmología

Se encarga de:

1. Categorizar el grado de ptosis palpebral y la evaluación de la función del músculo elevador del párpado.
2. Determinar la existencia de pseudoptosis, sincinesias, anormalidades pupilares, miastenia gravis, síndrome de horner, ptosis mecánica, ptosis aponeurótica.

3. Realizar una valoración minuciosa, recabando información sobre las alteraciones de la agudeza visual, de la refracción, queratometría, cover test, motilidad ocular, fondo de ojo, bmc.
4. Llenar la hoja Formato Ptosis Palpebral
5. Analizar los datos obtenidos y llegar a un tratamiento médico y/o quirúrgico si lo requiere.
6. Derivar al Servicio de Cirugía plástica para continuar su valoración

Servicio de Cirugía Plástica

Se encarga de:

1. Categorizar el grado de ptosis palpebral y la evaluación de la función del músculo elevador del párpado.
2. Determinar la existencia de pseudoptosis, sincinesias, anormalidades pupilares, miastenia gravis, ptosis mecánica, ptosis aponeurótica.
3. Verificar que la hoja Formato Ptosis palpebral se encuentre con el registro de oftalmología
4. Registrar la semiología de la ptosis en la hoja Formato Ptosis palpebral.
5. Analizar los datos obtenidos y llegar a un tratamiento quirúrgico adecuado.
6. Solicitar valoraciones prequirúrgicas necesarias y posteriormente valorarlos.
7. Solicitar estudios y valoraciones adicionales si lo estima conveniente.
8. Realizar el registro fotográfico prequirúrgico correspondiente.
9. Programar cirugía para realizar el tratamiento propuesto.

BIBLIOGRAFÍA

- Allard, F., & Durairaj, V. (Abril-Junio de 2010). Current techniques in surgical correccion of congenital ptosis. *MEAJO Middle East African Journal of Ophthalmology*, 17(2).
- Arajy, Z. (2012). Open loop fascial sling for severe congenital blepharoptosis. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*, 40(2).
- Ben Simon, G., Macedo, A., Schwarcz, R., Wang, D., Mccann, J., & Goldberg, R. (Noviembre de 2005). Frontalis Suspension for Upper Eyelid Ptosis: Evaluation of different surgical designs and suture material. *American Journal of Ophthalmology*. doi:doi:10.1016/j.ajo.2005.05.031
- Bladen, J., Moosajee, M., Tumuluri, K., & Olver, J. (2012). The Use of a Pleated Strip of Autogenous Temporalis Fascia Graft for Frontalis Suspension in Recurrent Poor Levator Function Ptosis in Adult Patients. *Orbit*. doi:10.3109/01676830.2011.648805
- Chen, W., Liu, Z., Tian, Q., Niu, H., & Liu, F. (2016). Levator resection with suspensory ligament of the superior fornix suspension for correction of pediatric congenital ptosis with poor levator function. *Eye*.
- Choi, Y., & al, e. (2014). Two-Dimensional Analysis of Palpebral Opening in Blepharoptosis. *Annals Plastic Surgery Ann Plast Surg* 2014;72: 375Y380, 72(4).
- Chung, H., & Seah, L. (2016). Cosmetic and functional outcomes of frontalis suspension surgery using autologous fascia lata or silicone rods in pediatric congenital ptosis. *Clinical Ophthalmology*.
- Cohen, A., & Weinberg, D. (2011). *Evaluation and Management of Blepharoptosis*. Londres: Springer.
- Dianju, H. (2013). Treatment for Congenital Blepharoptosis. Frontalis Muscle Flap Suspension for the Correction of Congenital Blepharoptosis in Early Age Children. *PLOS ONE*.
- Donny, S., & al, e. (06 de 03 de 2016). Recuperado el 10 de 03 de 2016, de Medscape Web site: <http://emedicine.medscape.com/article/1212815-overview>

- Griepentrog, G., Diehl, N., & Mohny, B. (2011). Incidence and Demographics of Childhood Ptosis. *American Academy of Ophthalmology*. doi:10.1016/j.optha.2010.10.026
- Iljin, A., Zieliński, A., Lewandowicz, E., Antoszewski, B., & Zieliński, T. (2016). Evaluation of the surgical treatment for congenital blepharoptosis using Mustarde's modified method. *Przeegląd Chirurgiczny*, 155-159.
- Intra-eyebrow frontalis suspension using inverted y shaped short autogenous fascia. (2014). *JPRAS*.
- Katowitz, W., & al, e. (2009). Congenital and Developmental Eyelid Abnormalities. *Plastic and reconstructive surgery Journal*.
- Kobubo, K., Katori, N., Hayashi, K., Kasai, K., Kamisasanuki, T., & Sueoka, K. (2016). Frontalis suspension with an expanded polytetrafluoroethylene sheet for congenital ptosis repair. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 1-6.
- Laragon, E. (2004). Manejo de la ptosis palpebral miogénica congénita. *Cirugia Plastica Iberolatinoamericana*, 30(4).
- Lee, M. (21 de Octubre de 2014). *Overview of Ptosis*. (P. Brazis, & J. Wilterdink, Edits.) Recuperado el 14 de 06 de 2016, de Up to date: www.uptodate.com
- Lopez, S., & al, e. (2013). Recuperado el 16 de 03 de 2016, de Sociedades Oftalmologicas Españolas: <http://www.oftalmo.com/studium/studium1997/stud97-4/d-12.htm>
- Mateos, E. (2005). *Ptosis palpebral. Tipos, exploracion y tratamiento quirúrgico*. Madrid: Ergon.
- Mesa, J. (2007). Cirugía del párpado superior para el tratamiento de las ptosis congénitas. *20(2)*, 91-95.
- Mokhtarzadeh, A., & Bradley, E. (2016). Safety and Long-term Outcomes of Congenital Ptosis surgery: A Population - Based Study. *SLACK Incorporated*.
- Mokhtarzadeh, A., & Harrison, A. (2014). Controversies and advances in the management of congenital ptosis. *Expert review ophthalmology*, 10(1). doi:10.1586/17469899.2015.991389

- Negrin-Cáceres, Y., Cabrera-Romero, A., Cárdenas-Monzón, L., & Figueroa-Padilla, M. (2016). Comportamiento clínico-quirúrgico de la ptosis palpebral en la consulta de Cirugía Plástica Ocular. *Revista Científica Villa Clara*, 20(1). Recuperado el 21 de junio de 2016
- Ozlem Gundeslioglu, A., Nebil Selimoglu, N., & Bekerecioglu, M. (2013). An frontalis sling operation using an autogenous en-bloc, fan-shaped tensor fascia lata graft for blepharoptosis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 66, 224-230.
- Pacella, E., Mipatrini, D., Pacella, F., Amorelli, G., & Bottone, A. (2016). Suspensory Materials for Surgery of Blepharoptosis: A systematic review of observational studies. *PLOS one*.
- Philandrianos, C., & al, e. (2010). Ptosis congenital. *Journal of Plastic, Reconstructive and Estetic Surgery*, 63(5), 782-786.
- Rodriguez, G. (2011). Improved Visual Acuity after Frontalis Sling Surgery for Simple Congenital Ptosis. *MEDICC Review*, 23-28.
- Salib Roshdy, M., & Elsamkary, M. (2016). Clinical trial comparing autogenous fascia lata sling and Gore-Tex suspension in bilateral congenital ptosis. *Clinical Ophthalmology*, 405-409.
- Sari, E. (2016). New autologous material for the frontalis suspension technique: superficial temporal fascia. *Int J Ophthalmology*.
- Serrano, H. (2012). *PTOSIS PALPEBRAL. Exploración, Clínica y Conducta Terapeutica*. Barcelona: Jaypee-Highlights Medical Publishers Inc.
- Skaat, A., Didi Fabian, I., Spierer, A., Rosen, N., Rosner, M., & Ben Simon, G. (2013). Congenital ptosis repair surgical, cosmetic, and functional outcome: a report of 162 cases. *Can J Ophthalmol*, 93-98. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjo.2012.09.010>
- Soohoo, J., Davies, B., Allard, F., & Durairaj, V. (2014). Congenital ptosis. *Survey of ophthalmology*, 1-10.
- Stein, A. y. (Octubre de 2014). Congenital Eyelid Ptosis: Onset and Prevalence of Amblyopia, Associations with Systemic Disorders, and Treatment Outcomes. *The Journal of Pediatrics*, 165(4).

- Suspension surgery with autogenous fascia lata via a less invasive modification of the Crawford method on 85 patients with congenital severe eyelid ptosis. (2015). *J Plast Surg Hand Surgery*.
- Vargas, R. e. (junio-julio de 2005). Protocolo de manejo quirúrgico de ptosis palpebral congénita: Hospital del Niño "Dr. Francisco de Ycaza Bustamante". *"Medicina"*, 11(2).
- Xiang, N. (2010). Management of moderate-to-severe Marcus-Gunn syndrome by anastomosis of levator and frontal muscles. *Int J Ophthalmology*.
- Yoon, J. S., & Lee, S. Y. (Julio de 2009). Long-term Functional and Cosmetic Outcomes after Frontalis Suspension Using Autogenous Fascia Lata for Pediatric Congenital Ptosis. *Ophthalmology*, 116(7), 1405-1414. doi:10.1016/j.ophtha.2009.01.040

ANEXOS

Anexo 1

CLASIFICACIÓN DE LA PTOSIS PALPEBRAL SEGÚN SU ETIOPATOGENIA

1. Ptosis miogénicas

- Congénitas:
 - Simple
 - Asociada a debilidad del músculo recto superior
 - Síndrome de blefarofimosis
 - Fibrosis de músculos extraoculares
- Adquiridas:
 - Miastenia gravis
 - Oftalmoplejía externa progresiva crónica
 - Distrofia miotónica
 - Síndrome oculofaríngeo
 - Distrofia muscular progresiva

2. Ptosis aponeuróticas

- Involutiva o senil
- Congénita
- Hereditaria tardíamente adquirida
- Síndrome de blefarocalasia
- En relación con el embarazo
- En portadores de lentes de contacto rígidas
- En orbitopatía tiroidea
- En parálisis faciales

3. Ptosis neurogénicas

- Parálisis congénita o adquirida del III par craneal
- Regeneración aberrante del III par craneal
- Migraña oftalmopléjica
- Ptosis de Marcus-Gunn
- Síndrome de Horner congénito o adquirido
- Síndrome de Duane
- Síndrome de Guillain-Barré
- Esclerosis múltiple

4. Ptosis mecánicas

- Por peso excesivo del párpado:
 - Edemas e inflamaciones
 - Tumores
 - Luxación de glándula lagrimal
 - Dermatocalasia
- Cicatrices conjuntivales

5. Ptosis traumáticas

- Contusiones orbitopalpebrales
- Laceraciones y avulsiones palpebrales
- Fracturas orbitarias y cuerpos extraños
- Ptosis cicatriciales
- Ptosis postquirúrgicas

Fuente: Cirugía del párpado superior para el tratamiento de las ptosis congénitas. Mesa 2007.
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 2

GRADO DE PTOSIS PALPEBRAL

Severidad	Distancia del borde superior del limbo esclerocorneal en relación al borde palpebral superior
<i>Leve</i>	2 mm
<i>Moderada</i>	3 - 4 mm
<i>Severa</i>	Más de 4 mm

Fuente: Cirugía del párpado superior para el tratamiento de las ptosis congénitas. Mesa 2007

Elaborado por: Md Mariangel Valdez, 2016.



Paciente con Ptosis Palpebral Bilateral. Derecha Leve; Izquierda Severa

Fuente: Archivos médicos del autor, con consentimiento de los padres.

Elaborado por: Md Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 3

CLASIFICACIÓN DE LA BLEFAROPTOSIS SEGÚN LA FUNCIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO SUPERIOR

Función del MEPS	Distancia de desplazamiento	Tipo de Ptosis
<i>Muy buena</i>	10 y 12 mm	Normal
<i>Buena</i>	7 y 9 mm	Leve
<i>Mala</i>	4 a 6 mm	Moderada
<i>Nula</i>	Menos de 4 mm	Severa

Fuente: Cirugía del párpado superior para el tratamiento de las ptosis congénitas. Mesa. 2007.

Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 4

EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO SUPERIOR



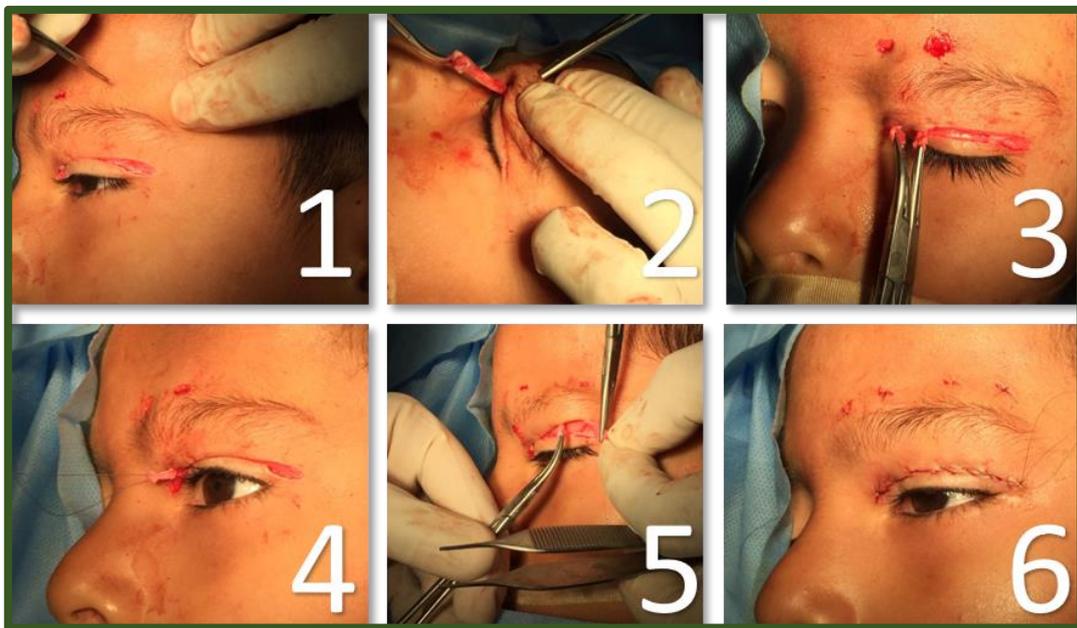
La función del MEPS en este caso es Nula

Fuente: Archivos médicos del autor, con consentimiento de los padres.
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 5

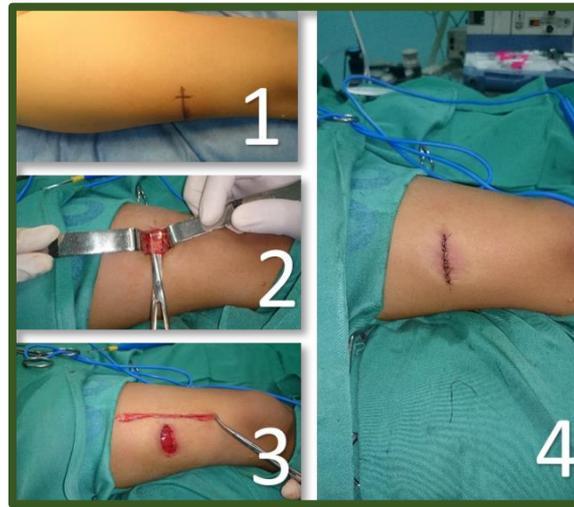
TECNICAS QUIRÚRGICAS EMPLEADAS EN EL ESTUDIO

TECNICA FASCIA TEMPORAL. Imágenes del transquirúrgicas donde se identifican los 2 tiempos, la obtención del injerto y la colocación en zona donadora.



Fuente: Archivos médicos del autor, con autorización del cirujano y consentimiento de los padres
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

TECNICA FASCIA LATA. Imágenes del transquirúrgico donde se identifican los 2 tiempos.
la obtención del injerto y la colocación en zona donadora.



Fuente: Archivos médicos del autor, con autorización del cirujano y consentimiento de los padres.
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 6

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL POSTQUIRÚRGICA DE LA BLEFAROPTOSIS

<i>Resultado Funcional</i>	<i>Características</i>
Bueno	<ol style="list-style-type: none">1. El párpado operado descansa entre la pupila y limbo corneoescleral2. Campo visual libre3. Hendidura palpebral es menor a 1mm al cierre natural de los párpados
Moderado	<ol style="list-style-type: none">1. El párpado operado descansa entre la pupila y limbo corneoescleral2. Campo visual libre3. Hendidura palpebral es mayor a 1mm al cierre natural de los párpados
Pobre	<ol style="list-style-type: none">1. El párpado operado ocluye el eje pupilar2. Oclusión campo visual3. Hendidura palpebral es mayor a 1mm al cierre natural de los párpados

Fuente: An frontalis sling operation using an autogenous en-bloc, fan-shaped tensor fascia lata graft for Blepharoptosis. Ozlem Gundeslioglu, et al, 2013.

Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 7

ESCALA DE VALORACIÓN ESTÉTICA POSTQUIRÚRGICA DE LA BLEFAROPTOSIS

<i>Resultado Estético</i>	<i>Características</i>
<i>Bueno</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Simetría del párpado superior en relación al contralateral2. Pliegue palpebral de contorno regular
<i>Moderado</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Asimetría del párpado superior en relación al contralateral2. Pliegue palpebral de contorno regular
<i>Pobre</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Asimetría del párpado superior en relación al contralateral2. Pliegue palpebral de contorno irregular

Fuente: An frontalis sling operation using an autogenous en-bloc, fan-shaped tensor fascia lata graft for Blepharoptosis. Ozlem Gundeslioglu, et al, 2013.

Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 8

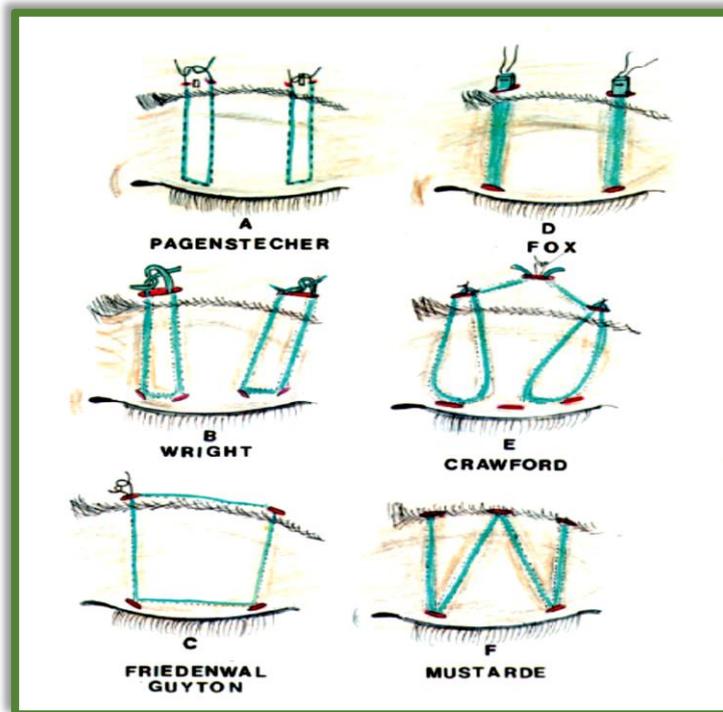
SÍNDROMES ACOMPAÑANTES A LA PTOSIS PALPEBRAL

Síndrome de Blefarofimosis acompañado de epicanto inverso	Blefaroptosis bilateral simétrica de grado severo, párpados superiores pequeños, con función del MEPS pobre o nula, epicanto inverso, telecanto y ectropión de la región temporal de los párpados inferiores por falta de elasticidad en la piel
Síndrome de retracción de Duane	Es de causa neurogenica. Fibras nerviosas del III par craneal reemplazan fibras del VI par craneal, la contracción simultanea de los músculos recto medio y recto externo provoca retracción del globo ocular con disminución de la hendidura palpebral y la falsa apariencia de ptosis. Generalmente es unilateral y está presente desde el nacimiento.
Fibrosis congénita de músculos extraoculares	Condición de herencia autosómica dominante. Se caracteriza por el reemplazo de tejido muscular contráctil normal por tejido fibroso, de causa desconocida, puede ser unilateral o bilateral y afectar a músculos extraoculares y el grado de fibrosis puede ser total o parcial
Síndrome de Marcus Gunn	Es una ptosis neurogénica Se produce una sincinesia, asincronía por una inervación aberrante del músculo elevador por la rama mandibular del nervio trigémino. Consiste en una elevación involuntaria de un párpado ptosico durante los movimientos de apertura de la boca. Afecta a los músculos elevador del párpado y de la masticación. Se presenta con más frecuencia en las niñas y en ojo izquierdo, y ocasionalmente se asocia a parálisis del músculo recto superior del mismo lado.
Síndrome de Horner congénito	Es de causa neurogénica. Presenta una ptosis leve (1-2 mm) debido a que solo está afectada la inervación del músculo de Müller (parálisis oculo-simpática). La causa es idiopática en su mayoría, pero puede ser causado por lesión del plexo braquial durante el parto o producido por neuroblastoma intrauterino. El tono simpático es importante en el desarrollo de los melanocitos del iris, produciendo un iris con menor coloración en el lado afecto

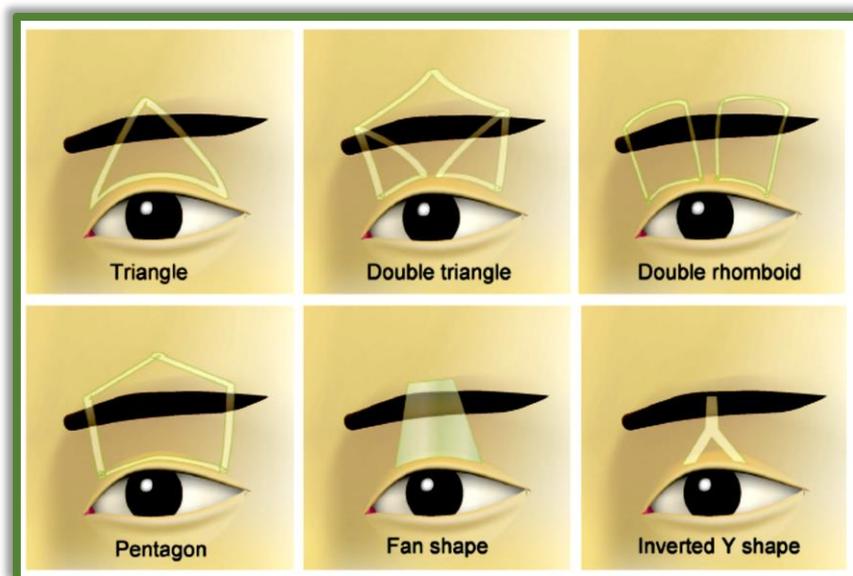
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 9

DIFERENTES DISEÑOS DE SUSPENSIÓN DE LA FASCIA



Fuente: Tomado de ptosis palpebral: exploración, clínica y conducta terapéutica. 2012
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.



Fuente: Intra-eyebrow frontalis suspension using inverted Y-shaped short autogenous fascia lata for blepharoptosis with poor levator function. 2014. Pag 54
Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 10

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

“Correlación de injerto autólogo de fascia temporal y fascia lata en el tratamiento quirúrgico de blefaroptosis congénita severa en niños menores de 15 años en el Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante. 2013-2015”

Historia Clínica: _____ No. Paciente: _____ Sexo: M ___ F ___

Nombres y Apellidos: _____

Edad de intervención quirúrgica: ___ año(s) ___ mes(es)

DIAGNOSTICO:

Lateralidad de la afectación de la ptosis:

Unilateral () Bilateral ()
Derecha () Izquierda ()

Función del músculo elevador del párpado superior

Buena () Mala () Nula ()

Malformaciones asociadas:

Presente () Ausente ()

Describe: _____

Alteraciones oftalmológicas producto de la ptosis palpebral:

Ambliopía () Estrabismo ()
Otra () Ninguna ()

Describe: _____

TRATAMIENTO

Técnica Quirúrgica utilizada:

Fascia Temporal () Fascia Lata ()

Tiempo de hospitalización: _____ días

RESULTADOS:

Grado de corrección de la ptosis

Corregido () No corregido () Hipercorregido () Hipocorregido ()

Resultado estético, posterior al tratamiento quirúrgico:

Bueno () Moderado () Pobre ()

Resultado funcional, posterior al tratamiento quirúrgico:

Bueno () Moderado () Pobre ()

Complicaciones:

Infección () Dehiscencia de suturas ()

Lagoftalmo permanente () Ulcera corneal ()

Pliegue palpebral asimétrico () Reintervenciones ()

Otra: _____

Anexo 11

TABLAS DE RESULTADOS

Distribución según el sexo y la edad de los pacientes operados por blefaroptosis congénita severa con injerto autólogo

Edad	Sexo		Total general
	F	M	
3	0	1	1
4	0	5	5
5	1	14	15
6	4	3	7
7	0	5	5
8	1	2	3
9	2	0	2
10	2	1	3
11	2	1	3
12	1	1	2
13	1	1	2
14	1	1	2
Total general	15	35	50

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Distribución de las alteraciones oftalmológicas halladas en pacientes operados por blefaroptosis congénita severa con injerto autólogo

Fascia utilizada	Astigmatismo	Estrabismo	Hipermetropía	Ninguna	Total general
F. Lata	1	2	7	26	36
F. Temporal	1	1	2	10	14
Total general	2	3	9	36	50

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados funcionales del uso de la fascia lata y temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa

Resultado Funcional postquirúrgico	Fascia Lata	Fascia Temporal	Total
Bueno	33	12	45
Moderado	3	2	5
Pobre	0	0	0
Total	36	14	50

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Resultados estéticos del uso de la fascia lata y temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita severa

Resultado Estético postquirúrgico	Fascia Lata	Fascia Temporal	Total
Bueno	34	12	46
Moderado	2	1	3
Pobre	0	1	1
Total	36	14	50

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Complicaciones presentadas con el uso de la fascia lata y temporal autóloga en el tratamiento quirúrgico de la blefaroptosis congénita

Complicaciones	Fascia Lata	Fascia Temporal	Total
Sangrado	0	1	1
Ninguna	36	13	49
Infección	0	0	0
Hematoma	0	0	0
Total	36	14	50

FUENTE: Archivo estadístico e historias clínicas. Hospital Francisco Icaza Bustamante
ELABORADO POR: Md. Mariangel Valdez. 2016

Anexo 12

CERTIFICADOS



Hospital del Niño "Dr. Francisco de Icaza Bustamante"

Guayaquil, Mayo 2016

A QUIEN INTERESE

Certifico que la Md. MARIANGEL VALDEZ TOMALA, posgradista de la Universidad de Guayaquil, para el desarrollo del trabajo de investigación: "CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO DE ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015, previo a la obtención del Título Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética

Realizó la recolección de información en el departamento de estadística, en la revisión de expedientes Clínicos.

El peticionario, puede dar al presente el uso que estime conveniente.

Atentamente,

Ministerio
de Salud Pública
HOSPITAL DEL NIÑO
DR. FCO. DE ICAZA BUSTAMANTE

Ing. Mirtha Lindao Rodríguez
GESTIÓN DE ADMISIONES Y ESTADÍSTICAS

Ing. Mirtha Lindao Rodríguez

Responsable Gestión de Admisiones-Estadística

Av. Quito y Gómez Rendón
Teléfonos: 593 (4) 2597500
www.hfyb.gob.ec



PLASTIC & RECONSTRUCTIVE CENTER
VARGAS

Dr. Ricardo Vargas D.
Cirujano Plástico
drricardovargasdiaz@gmail.com
Urdesa, Calle 5ta. #208 y Bálamos Telf.: 593 (04) 238 0011 Guayaquil - Ecuador

Guayaquil 22 de Septiembre del 2016

Doctor
Guillermo Campuzano Castro
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba mis saludos, a la vez comunico que aplicando el reglamento estipulado por la Universidad de Guayaquil, Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, adjunto a la presente, el trabajo de investigación **FINAL APROBADO**, previo a la obtención del título de especialista en Cirugía plástica, Reconstructiva y Estética de la MD. Mariangel Valdez Tomalá con CI. 0916463490 con el tema:

CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015

Me suscribo de Ud. No sin antes reiterar mis mas altos sentimientos de consideración y estima.

Atentamente, *Dr. Ricardo Vargas Díaz*
2009-2014


Dr. Ricardo Vargas Díaz
Tutor del trabajo de investigación
Postgrado de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética
Universidad de Guayaquil



PLASTIC & RECONSTRUCTIVE CENTER
VARGAS

Dr. Ricardo Vargas D.
Cirujano Plástico
dr ricardovargasdiaz@gmail.com
Urdesa, Calle Sta. #208 y Bálsamos Telf.: 593 (04) 238 0011 Guayaquil - Ecuador

Guayaquil 22 de Septiembre del 2016

Doctor
Guillermo Campuzano Castro
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad

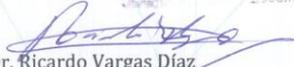
De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba mis saludos, a la vez comunico que aplicando el reglamento estipulado por la Universidad de Guayaquil, Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, adjunto a la presente, el trabajo de investigación **FINAL APROBADO**, previo a la obtención del título de especialista en Cirugía plástica, Reconstructiva y Estética de la MD. Mariangel Valdez Tomalá con CI. 0916463490 con el tema:

CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013-2015

Me suscribo de Ud. No sin antes reiterar mis mas altos sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Dr. Ricardo Vargas Díaz
Coordinador del Postgrado de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética
Universidad de Guayaquil



Guayaquil, 27 de septiembre de 2016

Doctor,
Guillermo Campuzano Castro
Director de la Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente reciba mis saludos, a la vez que certifico que la Md. Mariangel Valdez Tomalá, con C.I. 0916463490, ha presentado el Trabajo de Titulación, previo a la obtención del título de especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, con el tema **"CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE. 2013 - 2015"**, el mismo que se encuentra APROBADO.

Sin otro particular que hacer referencia me suscribo de usted.

Atentamente,

Dr. Wilson Benites Illescas
CIRUGIA GENERAL
Libro VI Folio 11 - No. 1305
Cod. 032-1-0994-03
Hospital Regional I.E.S.S.

Dr. Wilson Benites Illescas
Revisor de Tesis
Universidad de Guayaquil

Anexo 13

CRONOGRAMA DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016
Presentación tema de Trabajo de Investigación a Coordinador y Jefe de Servicio	X													
Presentación tema de Trabajo de Investigación a Dpto. Docencia y Dirección del Hospital		X												
Presentación y aprobación de tema de Trabajo de Investigación a Escuela de Graduados. Universidad de Guayaquil			X	X	X									
Recolección de datos estadísticos				X	X	X								
Elaboración y discusión de Anteproyecto						X	X	X						
Presentación y aprobación de Anteproyecto									X	X				
Análisis de resultados											X	X		
Interpretación de resultados													X	X
Presentación final del Trabajo de Investigación														X

Elaborado por; Md. Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 14

PROPUESTA DE EVALUACIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL

Problema

La ptosis palpebral es una de las patologías congénitas más frecuentes en los niños donde la falta de un diagnóstico clínico y exploración preoperatoria individualizada, condiciona los resultados desfavorables o momentáneos en el tratamiento de la patología. Presenta repercusión psicológica del problema estético, alteraciones oftalmológicas, problemas del aparato locomotor y debe de realizarse a una edad que permita obtener mediciones precisas.

Antecedentes

Determinados factores como: la falta de información de los padres sobre esta patología, ausencia de una evaluación oftalmológica oportuna, factores nutricionales y metabólicos y una mala categorización de la ptosis palpebral produce que los pacientes no acudan a una edad apropiada para someterse al tratamiento quirúrgico, existan alteraciones en la función visual y no cuenten con un estado clínico óptimo. Esto genera un desenlace postquirúrgico inadecuado, trayendo consigo malestar del paciente, los padres y médicos.

Objetivos

1. Realizar una ruta diagnóstica para los pacientes con diagnóstico presuntivo de ptosis palpebral que favorezca a una valoración consensuada y reciban el tratamiento oportuno.
2. Proponer una ficha de recolección de datos prequirúrgicos que incluyan los principales factores a evaluar en la ptosis palpebral.

Justificación

Al realizar una valoración consensuada y especializada, por parte de los servicios de Pediatría, Oftalmología y Cirugía Plástica que diagnostiquen el tipo de ptosis palpebral y el tratamiento adecuado, produce un mejor resultado postquirúrgico en el paciente.

Método

Difundir el flujograma y la hoja de evaluación de la Ptosis palpebral en los niveles de atención primaria de salud y los especialistas de cada servicio, enfatizando las acciones a realizar; es de mucha importancia para obtener el diagnóstico oportuno, sabiendo que los resultados dependen de la adecuada valoración a los pacientes.

Servicio de Pediatría

Generalmente, el pediatra es el primer especialista que tiene contacto con los pacientes con ptosis palpebral y es el responsable de:

1. Captar a los pacientes con ptosis palpebral en los primeros niveles de atención del sistema nacional de salud.
2. Orientar a los padres que la edad ideal para operar la ptosis palpebral congénita es a partir de los 4 años. En la cual el niño(a) es capaz de seguir indicaciones y se logra obtener datos más fidedignos, tanto en la valoración oftalmológica como con el cirujano.

3. Derivar oportunamente el paciente al oftalmólogo pediatra o cirujano plástico reconstructivo para una valoración más amplia y consensuada de esta patología.
4. Referir inmediatamente al servicio de oftalmología si el paciente presenta datos de ambliopía, ya que constituye una indicación de tratamiento médico-quirúrgico al momento de su detección.
5. Mantener al paciente en condiciones óptimas para recibir el tratamiento quirúrgico que se vaya a realizar.
6. Determinar las patologías agregadas que pueda presentar el paciente y referirlo a otra especialidad si lo requiere.
7. Revalorar al paciente según la necesidad de patologías agregadas o subyacentes.

Servicio de Oftalmología

Se encarga de:

1. Categorizar el grado de ptosis palpebral y la evaluación de la función del músculo elevador del párpado.
2. Determinar la existencia de pseudoptosis, sincinesias, anormalidades pupilares, miastenia gravis, síndrome de horner, ptosis mecánica, ptosis aponeurótica.
3. Realizar una valoración minuciosa, recabando información sobre las alteraciones de la agudeza visual, de la refracción, queratometría, cover test, motilidad ocular, fondo de ojo, bmc.
4. Llenar la hoja Formato Ptosis Palpebral
5. Analizar de los datos obtenidos y llegar a un tratamiento médico y/o quirúrgico si lo requiere.
6. Derivar al Servicio de Cirugía plástica para continuar su valoración

Servicio de Cirugía Plástica

Se encarga de:

1. Categorizar el grado de ptosis palpebral y la evaluación de la función del músculo elevador del párpado.
2. Determinar la existencia de pseudoptosis, sincinesias, anormalidades pupilares, miastenia gravis, ptosis mecánica, ptosis aponeurótica.
3. Verificar que la hoja Formato Ptosis palpebral se encuentre con el registro de oftalmología
4. Registrar la semiología de la ptosis en la hoja Formato Ptosis palpebral.
5. Analizar los datos obtenidos y llegar a un tratamiento quirúrgico adecuado.
6. Solicitar valoraciones prequirúrgicas necesarias y posteriormente valorarlos.
7. Solicitar estudios y valoraciones adicionales si lo estima conveniente.
8. Realizar el registro fotográfico prequirúrgico correspondiente.
9. Programar cirugía para realizar el tratamiento propuesto.

Anexo 15

HOJA FORMATO PTOSIS PALPEBRAL

**HOSPITAL DEL NIÑO FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE
SERVICIOS CIRUGIA PLÁSTICA Y OFTALMOLOGÍA**

Historia clínica: _____ Fecha de examen: _____
Nombres y apellidos: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Lugar de Residencia: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Registro fotográfico:

ENFERMEDAD ACTUAL:

OD _____ OI _____ AO _____

Forma y edad de comienzo: _____

Congénita: _____

Asociadas: _____ Adquirida: _____

Neurógena: _____ Miógena: _____

Traumática: _____ Aponeurótica: _____

Pseudoptosis: _____

EXAMEN FISICO OCULAR:

AGUDEZA VISUAL			
OD	SC	OI	SC
	CC		CC

REFRACCIÓN	
OD	OI
QUERATOMETRIA	
OD	OI

BMC		
PO:	OD:	OI:
FO:	OD:	OI:

CT con Desviación:

MOTILIDAD OCULAR:

SEMIOLOGIA DE LA PTOSIS

Torticollis: _____

Pliegue: _____ Motilidad: _____ Profundidad: _____

Función de musculo Frontal: _____

Sincinesias: _____ Signo de Bell: _____

Pseudoretracción contra lateral: _____

Medida de la Hendidura palpebral: _____

Función del elevador: _____

Mirada hacia arriba: _____

Mirada hacia abajo: _____

Grado de la ptosis (medida del limbo como escleral): _____

Pruebas farmacológicas (simpaticomimeticas): _____

Función musculo orbicular: _____ Sistema Lagrimal: _____

Anormalidades pupilares: _____

Exámenes solicitados:

Standart de Tórax: _____ Valoración cardiológica: _____

Valoración Pediátrica: _____ Pruebas sanguíneas: _____

Interconsultas:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

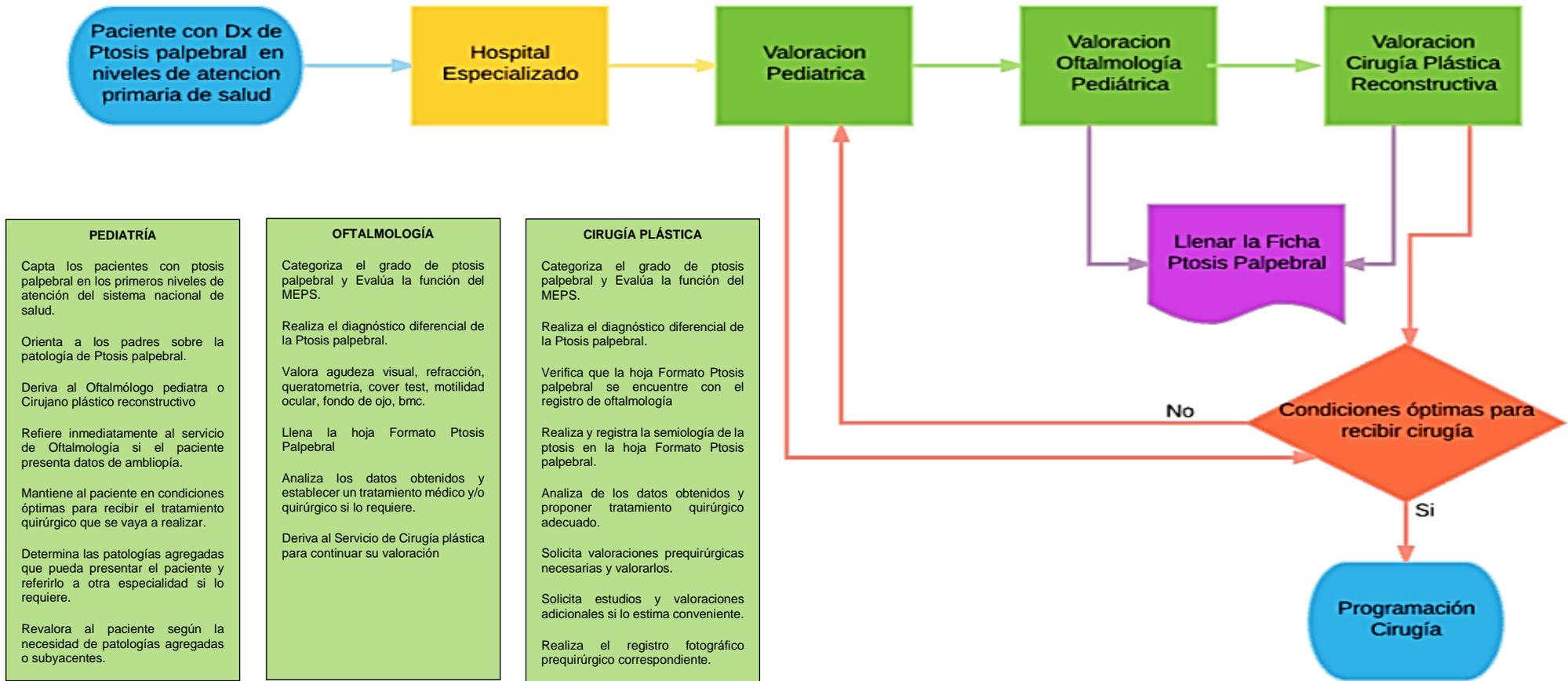
INTERVENCION QUIRURGICA PROPUESTA:

Fuente: Archivos Dr, Ricardo Vargas.

Elaborado por Mariangel Valdez, 2016.

Anexo 16

FLUJOGRAMA DE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA PARA PTOSIS PALPEBRAL



Elaborado por: Md. Mariangel Valdez, 2016.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: “CORRELACIÓN DE INJERTO AUTÓLOGO DE FASCIA TEMPORAL Y FASCIA LATA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE BLEFAROPTOSIS CONGÉNITA SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DR. FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE 2013-2015”

AUTOR: MD. MARIANGEL VALDEZ TOMALÁ

TUTOR: DR. RICARDO VARGAS DIAZ

REVISOR: DR. WILSON BENITES ILLESCAS

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIDAD: CIRUGIA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS: 74

ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE. METODOLOGIAS DIAGNOSTICAS Y TERAPUEUTICAS, BIOLOGICAS, BIOQUIMICAS Y MOLECULARES.

PALABRAS CLAVE: Blefaroptosis congénita, fascia lata, fascia temporal.

RESUMEN: La blefaroptosis congénita severa se produce por una anomalía en la función del músculo elevador del párpado que ocasiona el descenso del párpado superior ocluyendo parcialmente el globo ocular, produciendo alteraciones oftalmológicas y estéticas. Para su corrección en la mayoría de los casos se utiliza la técnica de suspensión del músculo frontal con injertos de fascias autólogas. El motivo de este estudio fue conocer el comportamiento del uso de fascia lata y temporal en la blefaroptosis congénita severa en el Hospital del Niño, qué tipo de procedimiento resulta más conveniente para corregir la apertura palpebral y mejorar la agudeza visual. La metodología utilizada fue de tipo correlacional, observacional, retrospectiva y transversal. Se recolectó la información de los pacientes que fueron sometidos a cirugía por blefaroptosis congénita severa, durante enero 2013 a diciembre 2015 y se procesaron en el programa estadístico SPSS. De la muestra obtenida (N=50) se obtuvo una edad media de 7 años, el sexo más afectado fue el masculino (70%), la técnica de fascia lata se ejecutó en el 72% de los casos, con buenos resultados funcionales (92%) y estéticos (95%). La fascia temporal presentó buenos resultados funcionales (86%) y estéticos (86%). La única complicación (4%, 1/50) que se presentó fue sangrado postquirúrgico. Podemos concluir que este estudio muestra similitudes en cuanto a las estadísticas globales descritas en la literatura médica y que las técnicas de fascia lata y fascia temporal dan buenos resultados estéticos y funcionales para el tratamiento de blefaroptosis congénita severa.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR:

Teléfono:

E-mail: dramvaldez@yahoo.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Teléfono: 2288086

E-mail: egraduadosug@hotmail.com